

変更箇所が出た場合は赤字で記入願います。

秘 保 健 調 査 票

本人の健康状態を知り、今後の健康管理や指導に役立てるために使われ、関係者以外には非公開です。

下記の事項をよく読んで当てはまるものに○をつけ、必要事項を正確に、小さなことでもご記入ください。

氏名	入間 太郎		
年	1	2	3
組			

1 結核健診	BCG接種	受けた (最終は H× 年 ×月) ・ 受けない	
2 感染症関係 (かかった病気、受けた予防接種に○をつけてください。)			
	かかった	予防接種	かかった
麻疹 (はしか)		(MR混合) インフルエンザ桿菌(HIB)	○
風疹 (三日はしか)		三種混合 (ジ・百・破)	○
水痘 (水ぼうそう)	○	四種混合 (ジ・百・破・ポ)	○
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		日本脳炎	○
肺炎球菌性肺炎 (肺炎球菌ワクチン)		その他 ()	
3 既往歴			
①	心臓疾患 病名 (心室中隔欠損) (0 歳) 現在は (完治・ 経過観察 ・治療中)		
②	腎臓疾患 病名 () ()歳 現在は (完治・経過観察・治療中)		
③	肝臓疾患 病名 () ()歳 現在は (完治・経過観察・治療中)		
④	喘息 (5 歳) 現在は (完治・経過観察・ 治療中)		
⑤	川崎病 ()歳 現在は (完治・経過観察・治療中)		
⑥	けいれん発作 ()歳 現在は (完治・経過観察・治療中)		
⑦	自律神経失調症 ()歳 現在は (完治・経過観察・治療中)		
⑧	色覚異常 (あり ・ なし ・ わからない)		
⑨	その他 病名 () ()歳 現在は (完治・経過観察・治療中)		
上記①～⑨で○をつけたものについて詳細を記入ください。			
①日常生活は体育を含め、支障ありません。(後日管理指導表を提出します)			
④現在は季節の変わり目等、年数回発作を起こす。発作時のみ吸入。吸入器は自宅に有。			
4 アレルギー疾患 (具体的な原因・症状・配慮の有無をご記入ください)			
学校での配慮や管理が必要な方は「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)※」の提出をお願いします。※医師が記入するため有料になります。また、毎年見直しが必要です。			
原因・症状に関しては、学校での配慮が不要でもご記入ください。			
【原因となるもの】	【症状】	学校での配慮や管理について	1 年 不要 ・必要→
食品 (桃・パイナップル)	口の周りがかゆくなる。腫れているときは、赤く腫れることもある。		2 年
薬品 ()			3 年
その他 ()			
配慮が必要な場合、別文書でも調査を行います。どちらにも詳しくご記入ください。			
5 健康上注意し、学校に知らせておきたいこと	【1年】なし・ あり ↓	【2年】なし・あり↓	【3年】なし・あり↓
※毎年、あり・なしに○をし、ある場合は詳しくご記入ください	花粉症のため、春先はアレルギーの薬を服用しています		
		「あり」「なし」に必ず○をしてください。	

