



# 保健調査票(体験入学用)

ふりがな 児童生徒氏名	性別 男 女	生年月日 西暦 年 月 日 生	ふりがな 保護者氏名	印
----------------	--------------	-----------------------	---------------	---

居住国	滞在先住所	連絡先
-----	-------	-----

感染症について(予防接種・り患歴)	予防接種の種類	接種有	り患済	接種有の場合は「接種有」に○をつける  かかったことがある場合は「り患済」に○をつける	その他、任意接種等で受けたものがあれば記入してください
	BCG				
	3種混合DPT(ジフテリア・百日咳・破傷風)				
	4種混合DPTI(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)				
	ポリオ				
	麻疹M(はしか)	混合ワクチン(MR)で接種している場合			
	風疹R(三日はしか)				
	日本脳炎				
	水痘(みずぼうそう)				
	肺炎球菌感染症(小児用肺炎球菌ワクチン)				
インフルエンザb菌(ヒブ)					
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)					

今までに次のような病気等があれば病名欄に記入してください。  
 心臓疾患 リウマチ熱 川崎病 腎臓疾患 糖尿病 肝臓疾患 呼吸器疾患 喘息 けいれん てんかん 紫斑病 過呼吸(過換気症候群) アトピー性皮膚炎 目・耳の病気や異常(色覚や眼位の異常、難聴等、先天的なものも含む) アレルギー(薬剤・紫外線・動物・植物等 ※食物は下欄に記入) 等

病名 (診断名等くわしく)	初め発病または受けたのは	治った場合は	現在の様子		
			年齢	年齢	年齢

手術 [病名] ( 歳) [病名] ( 歳) [病名] ( 歳)

食物アレルギーについて	記入日 年 月 日	記入日 年 月 日	記入日 年 月 日
-------------	-----------	-----------	-----------

現在、食物アレルギーがありますか。 はい ・ いいえ

「はい」を選んだ場合のみ、以下の質問にすべてお答えください。

1.いつ頃から症状が出ましたか。	歳 ヶ月頃	歳 ヶ月頃	歳 ヶ月頃
2.今までにどのような症状が出ましたか。当てはまるものすべてを○で囲んでください。	発疹・じんま疹・下痢・吐き気・喘息 アナフィラキシー・アナフィラキシーショック その他( )	発疹・じんま疹・下痢・吐き気・喘息 アナフィラキシー・アナフィラキシーショック その他( )	発疹・じんま疹・下痢・吐き気・喘息 アナフィラキシー・アナフィラキシーショック その他( )
3.症状が出た回数	回くらい	回くらい	回くらい
4.最後に発症したのはいつですか。	歳 ヶ月頃	歳 ヶ月頃	歳 ヶ月頃
5.アレルギーの原因食物は何ですか。			
6.現在、除去中の食物はありますか。	はい( ) いいえ	はい( ) いいえ	はい( ) いいえ
・「はい」の場合、医師の指示を受けていますか。	医師の指示 ・ 保護者判断	医師の指示 ・ 保護者判断	医師の指示 ・ 保護者判断
7.過去に除去していた食物で現在は食べられる物は。			
8.運動により症状が出たことはありますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
9.アレルギー検査を受けたことがありますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
・それはいつですか。	歳 ヶ月頃	歳 ヶ月頃	歳 ヶ月頃
・陽性(+)の食物は何でしたか。			
10.食物アレルギー治療薬は処方されていますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
・治療薬の種類や名称			
・学校に薬を持参しますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
・お子さんが自分で管理できますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ

上記以外で、健康上、特に気になることがある場合は記入してください

確認年月日							
保護者印							

※本書につきましては、市教育委員会にて1年間保管させていただきます。