

保健調査票

この調査はお子様の健康状態を調べ、学校で行う健康診断の資料にするとともに、在学中の健康管理の参考にするものです。新年度の該当項目に○印および必要事項をご記入ください。(表・裏)

9年間使用しますので、大切に扱ってください。

学 校 の 名 称						
年度入学	氏 名			男・女	平成・令和 年 月 日生	
小 学 校	1 年 組 番	2 年 組 番	3 年 組 番	4 年 組 番	5 年 組 番	6 年 組 番
中 学 校	1 年 組 番		2 年 組 番		3 年 組 番	

1 いままでにかかった病気やけがについて

心臓疾患	病名（ ）（ 歳）現在は（全治・治療中）
川崎病	（ 歳）現在は（全治・治療中）
腎臓疾患	病名（ ）（ 歳）現在は（全治・治療中）
けいれん発作等 （てんかん・熱性けいれん）	病名（ ）現在は（全治・治療中・経過観察中） 最終発作（ 年 月）※最終発作の時期が変更になった場合は余白にご記入ください。
大きなけが等	有（ ） ・ 無

2 その他の病気やアレルギーについて

※【有・無】どちらかに○印をご記入ください。

[illegible]

3 現在の健康状態

※ 新年度の該当項目に○印及び必要事項をご記入ください。

[illegible]

4 予防接種の記録・罹患状況

種類	記録	接種年月日等	罹患状況
BCG		年 月 日 未接種	結核 () 歳
二種混合 (ジフテリア・破傷風)	() 回接種 年 月、年 月、年 月、年 月	未接種	
三種混合 (ジフテリア・破傷風・百日咳)	() 回接種 年 月、年 月、年 月、年 月	未接種	
四種混合 (ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ)	() 回接種 年 月、年 月、年 月、年 月	未接種	
ポリオ	() 回接種 年 月、年 月	未接種	
麻疹 風疹 (MR)	年 月、年 月	未接種	
麻疹 (はしか) (M)	年 月、年 月	未接種	() 歳
風疹 (三日はしか) (R)	年 月、年 月	未接種	() 歳
日本脳炎	() 回接種	未接種	
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	年 月 日	未接種	() 歳
水痘 (みずぼうそう)	年 月 日	未接種	() 歳
予防接種の副作用	有【症状： 】 ・ 無		

5 健康上注意することや、連絡することがありましたら新学年の欄にご記入ください。

(※月経痛及び月経随伴症状がある場合はこちらの欄にご記入ください。)

小学校	1年 (あり・なし)	2年 (あり・なし)	3年 (あり・なし)
	4年 (あり・なし)	5年 (あり・なし)	6年 (あり・なし)
中学校	1年 (あり・なし)	2年 (あり・なし)	3年 (あり・なし)