

1. 自宅及び緊急時の連絡先

※変更がある場合は二重線を引いて空欄に記入してください。

| | | | |
|--------|--------------|---|-------|
| 自宅住所 | 横浜市〇区〇〇町X | けがや病気で受診が必要なとき、早退するときの連絡に使用しますので、必ず記入してください。 (変更があった場合は必ず訂正してください) | 保護者氏名 |
| (電話番号) | 045-XXX-XXXX | | 横浜 一郎 |
| 緊急連絡先 | ① 横浜花子(母携帯) | (自宅以外)携帯電話や勤務先など、確実に連絡できる電話番号をご記入ください。 (変更があった場合は必ず訂正してください) | |
| (電話番号) | 0X0-XXXX-XXX | | |

2. 今までにかかった病気

※該当する病気について必要事項を記入し現在の様子に〇印をつけてください。

| | 診断名 | 診断年齢 | 現在の様子 | 備考(医療機関等) |
|-----------------------|----------------------------|------|---------------|---------------|
| 心臓に 関する こと | 診断名 [心室中隔欠損症] | 0 歳 | 治療中(定期検診)治った | 〇〇総合病院(年1回検査) |
| | 該当に〇→ 川崎病・リウマチ熱・不整脈 | 歳 | 治療中・定期検診・治った | |
| 腎臓に 関する こと | 診断名 [] | 歳 | 治療中・定期検診・治った | |
| | 該当に〇→ むくみ・蛋白尿・血尿 | 歳 | 治療中・定期検診・治った | |
| その 他の 病気・ 外傷 | 糖尿病 | | | |
| | けいれん発作 | | | |
| | 該当に〇→ 自律神経失調症・起立性調節障害 | | | |
| | 精神・神経疾患 () | | | |
| | 難聴 (右 ・ 左) | 歳 | 治療中・定期検診・治った | |
| | 弱視 (右 ・ 左) | 歳 | 治療中・定期検診・治った | |
| | その他 [右手首骨折(5才) 右足骨折(6才)] | 歳 | 治療中・定期検診(治った) | 〇〇整形外科 |

これまでに医師から診断を受けた病気や治療したけが等がある場合、診断された年齢、医療機関等を記入してください。

3. 予防接種歴等

※母子健康手帳等を参考に、予防接種を受けたものを〇で囲んでください。

| 種類 | 接種状況 | 未接種 | 不明 | かかった |
|-----------------------------|------------------------|------|----|------|
| BCG | 接種済み | ↑ | | |
| 麻疹風しん混合(MR) | 1期(X 年 X 月) | | | |
| 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) | | | | |
| 水痘(みずぼうそう) | 接種済み | ○ | | ○ |
| 四種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ) | 1期初回 (1回) (2回) (3回) | | | |
| | 1期追加 | | | |
| 日本脳炎 | 二種混合 2期 | | | |
| | 1期初回 1回 2回 | 1期追加 | 2期 | |
| Hib(ヒブ) | 接種済み | | | |
| 小児用肺炎球菌 | 接種済み | | | |
| B型肝炎 | 接種済み | | | |

1度も接種を受けてない場合のみ〇印をつけてください。

4. 結核について

| 項目 | 学年 | 1年 | 2年 | 3年 | 4年 | 5年 | 6年 |
|--|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ①今までに結核性の病気(肺結核・肺浸潤・胸膜炎・肋膜炎等)にかかったことがあるか(病名に〇をつける) | | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい |
| | | 年月頃 | 年月頃 | 年月頃 | 年月頃 | 年月頃 | 年月頃 |
| ②今までに結核の予防の薬を飲んだことがあるか | | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい |
| | | 年月頃 | 年月頃 | 年月頃 | 年月頃 | 年月頃 | 年月頃 |
| ③家族や同居人で結核にかかった人がいるか | | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい |
| | | 年月頃 | 年月頃 | 年月頃 | 年月頃 | 年月頃 | 年月頃 |
| ④過去3年以内に通算して半年以上日本以外の国に住んでいたことがあるか(国名を記入) | | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい |
| | | 国名: | 国名: | 国名: | 国名: | 国名: | 国名: |
| ⑤2週間以上「せき」「たん」が続いているか | | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい | いいえ はい |
| | | 年月頃 | 年月頃 | 年月頃 | 年月頃 | 年月頃 | 年月頃 |

「はい」または「いいえ」に〇をつけ、「はい」の場合は年月または国名を記入してください。

5. 平常時の体温

| | |
|--------|---------|
| 平常時の体温 | 36.5 °C |
|--------|---------|

これまでに医師から診断されたアレルギーがある場合、診断を受けた年齢及び現在の状況をご記入ください。配慮事項がある場合は、8.家庭から…の欄に記入してください。

| | | |
|-----|----|---|
| 兵 港 | 性別 | 女 |
|-----|----|---|

6. アレルギー ※該当するアレルギー疾患について必要事項を記入し現在の様子に○印をつけてください。

| 診断名 | 診断年齢 | 現在の様子 | 診断名 | 診断年齢 | 現在の様子 |
|--|------|---------------|---|------|---------------|
| ぜんそく | 歳 | 治療中・定期検診中・治った | 食物アレルギー | 2歳 | 治療中・定期検診中・治った |
| アトピー性皮膚炎 | 歳 | 治療中・定期検診中・治 | 原因物質(アレルゲン)がわかっている場合は記入してください。 給食除去対応が必要ない食品についても記入してください。 | | |
| アレルギー性鼻炎 | 歳 | 治療中・定期検診中・治 | | | |
| アレルギー性結膜炎 | 歳 | 治療中・定期検診中・治 | | | |
| ※原因物質として特定されたもの 乳 (卵) (小麦) えび かに そば ピーナッツ くるみ その他の食物 [] | | | | | |
| 薬品[] その他[] | | | | | |
| 「エピペン注射液®」を医師から処方されている場合は○をつけてください | | | | | あり |

7. 現在の健康状態 ※1年間の様子であてはまるものに○をつけてください。

8. 家庭から学校に知らせておきたいこと(健康面で配慮してほしいことなど)

毎年記入し、必ず確認印またはサインをお願いします。

| 項目 | 学年 | 1年 | 2年 | 3年 | 4年 | 5年 | 6年 |
|---|---|-----------------------------|------|----|----|------|----|
| 内科 | (1) 動悸、めまい、立ちくらみをすることがある | | | | | | |
| | (2) 頭痛・腹痛を起こしやすい | | | | | | |
| | (3) 下痢・便秘になりやすい | | | | | | |
| | (4) ぜんそくの発作がある | ○ | | | | | |
| | (5) ぜんそくの薬を使っている | ○ | | | | | |
| | (6) けいれんの発作および意識の消失がある | | | | | | |
| | (7) けいれん発作の薬を飲んでいる | | | | | | |
| | (8) 食欲がなくなりやすい | | | | | | |
| 皮膚 | (1) 気になる皮膚疾患がある | ○ | | | | | |
| (裏面の整形の外科を見てください) | (1) 後ろ向きに気をつけの姿勢で、肩の高さやウエストラインの高さが非対称 | | | | | | |
| | (2)(3) おじぎの姿勢で背中や腰の高さが左右で違う | | | | | | |
| | (4) 体をそらしたときに腰に痛みが出る | | | | | | |
| | (5) 片足立ちすると体がかたむいたりふらついたりする | | | | | | |
| | (6) 足の裏を全部、床につけてしゃがめない | ○ | | | | | |
| | (7) 手のひらを上に向けて腕を伸ばしたとき、完全に伸びない、腕が曲がらない、指が耳につかない | | | | | | |
| | (8) ばんざいをしたとき、両腕が耳につかない | | | | | | |
| | 眼科 | (1) 黒板の字が見えにくい、遠くを見るとき目を細める | | | | | |
| (2) 左右の視線がずれたり、頭を傾ける、上目づかいなど顔の正面で見ないことがある | | | | | | | |
| (3) 本を読むと目が疲れたり、頭痛がしたりする | | | | | | | |
| (4) 目がかゆくなる、目やにが出る、目が赤くなる、目がかわく、涙が出ることが多い | | | | | | | |
| (5) コンタクトレンズを使用していて、見えにくい、充血する、ゴロゴロする | | | | | | | |
| (6) 色づかいが気になる | | ○をつけて | | | | | 5年 |
| 耳鼻咽喉科 | (1) 聞こえが悪い | | | | | | |
| | (2) 発音で気になることがある、声がかれている | | | | | | |
| | (3) よく鼻水が出る | | | | | | |
| | (4) よく鼻がつまる | | | | | | |
| | (5) 鼻血が出やすい | | | | | | |
| | (6) のどの腫れや痛みをとまなう発熱が多い | | | | | | |
| | (7) ふだん口を開けている | | | | | | |
| | (8) いびきをかくことがある | | | | | | |
| | (9) 耳鼻咽喉科検診を希望する(上記(1)~(8)に該当する未受診者のみ) | | 全員実施 | | | 全員実施 | |

1年
定期的に通院している病気: ぜんそく
病院: アトピー性皮膚炎 (3か月ごと受診) ○○小児科
ぜんそくのため運動制限がある

現在の健康の様子や配慮事項等、左ページに書けなかったことを記入してください。口頭で伝えたいこと等については、直接担任または養護教諭等にご相談ください。

整形外科項目は脊柱、四肢、骨、関節の病気を早期発見するために行います。普段の生活に支障がある痛み、動かしにくさがある場合は○をつけてください。検診では、ご家庭での観察をもとにして、(1)(2)(3) 脊柱側弯症等 (4) 脊椎や腰椎の病気やスポーツ障害等 (5)(6) 股関節、膝関節の病気やスポーツ障害等 (7)(8) 肩関節、肘関節のスポーツ障害等の疑いについてみます。

検査について
※(5)片足立ち、(6)しゃがみこみができない時は、何度か練習してから検査してください。
※(6)しゃがむことができない時は、両足を少し開いてしゃがんでください。

2、3、5、6年生で耳鼻咽喉科の(1)~(8)に該当する症状があり、医療機関を受診していない方で、学校での耳鼻咽喉科検診を希望する場合は○をつけてください。

6年
定期的に通院している病気:
病院:
生理周期が不安定で腹痛も強いです。

| | | | | | |
|--------------|----|--|--|--|--|
| 保護者確認印またはサイン | 横浜 | | | | |
|--------------|----|--|--|--|--|