

# 横浜市児童保健調査票・記入のしかた

## 1. 自宅及び緊急時の連絡先

自宅住所	横浜市中央区港町1-1	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)	045-123-XXXX		
緊急連絡先	① 横浜花子(母携帯) ② 横浜太郎	(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)	太郎
(電話番号)	090-1234-XXXX 045-987-XXXX		

## 2. 今までにかかった病気 ※該当する病気を記入してください。

	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	心臓の病気[ 心室中隔欠損 ]	0 歳	治療中・定期検診・既往のみ	☆☆総合病院で年1回検査
	川崎病・リウマチ熱・不整脈・その他[ ]			
腎臓に関すること	腎臓の病気[ ]			
	むくみ・蛋白尿・血尿・その他[ ]			
その他の病気・外傷	糖尿病	歳	治療中・定期検診・既往のみ	
	けいれん発作			
	難聴(右・左)			
	弱視(右・左)	歳	治療中・定期検診・既往のみ	
	その他[ ]	歳	治療中・定期検診・既往のみ	

## 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○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				
ポリオ	1回目	2回目			
MR(麻しん+風しん)	1回目(●年■月)	2回目(○年□月)			
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	接種済み				
水痘(みずぼうそう)	接種済み				○
三種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風)	第Ⅰ期初回	第Ⅰ期追加			
	1回 2回 3回	第Ⅱ期			
日本脳炎	第Ⅰ期初回	第Ⅰ期追加			
Hib感染性肺炎球菌	2回	第Ⅱ期			

## 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		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
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
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
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
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

## 5. 平常時の体温

平常時の体温	36.7	℃
--------	------	---

児童氏名	横 浜 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	4 歳	治療中			定期検診・既往のみ
アトピー性皮膚炎	歳	治療中			定期検診・既往のみ
アレルギー性鼻炎	歳	治療中			定期検診・既往のみ
アレルギー性結膜炎	歳	治療中			定期検診・既往のみ

※原因物質として特定されたもの  乳  卵 小麦 えび

薬物[ ]

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。

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。

**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。  
毎年記入し、必ず確認印またはサインをお願いします。

**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)

項目	学年	1年	2年	3年	4年	5年	6年
内科	(1) 立ちくらみや脳貧血を起こす						
	(2) 頭痛をおこしやすい						
	(3) 腹痛をおこしやすい						
	(4) 下痢や便秘をしやすい						
	(5) けいれんの発作がある						
	(6) けいれん発作の薬を飲んでいる						
	(7) ぜんそく発作がある	○					
	(8) ぜんそくの薬を飲んでいる	○					
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もなう発熱が多い						
	(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					
整形外科 (裏面の絵を見てください)	(1) 後ろ向きに気をつけの姿勢で、肩の高さやウェストラインの高さが非対称						
	(2) おじぎの姿勢で背中の高さが左右で違う						
	(3) 深いおじぎの姿勢で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) ばんざいしたとき、両腕が耳につかない						
年に1回以上、定期的を受診している病気がある							
病名 [ ぜん息、アレルギーオスグット病 ] で [ 1 / 6 ] 月・年毎に受診医療機関 [ ☆☆総合病院, ▽整形外科 ]							

1年  
ぜん息のため、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。

3年  
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。

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) 脊柱側湾症等  
(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。

生理痛(腹痛・腰痛)があります。

保護者の確認印またはサイン

横 浜 港

特に当てはまるものがなくても、必ず印またはサインをお願いします。