

保健調査票

この調査票は、健康診断の基礎資料と緊急時の連絡に使用するものです。各項目とも正確に記入してください。

なお、中学校まで使用しますので大切に扱い、連絡先などの変更がありましたら、訂正してください。

からだの様子については、学年該当欄に○又は様子を記入してください。記入・確認後、保護者印を押印してください。

年度												
学年	3歳	4歳	5歳	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
組												
保護者 確認印												
学校園名	大垣市立 園			大垣市立 小学校					大垣市立 中学校			
(変更)	大垣市立 園			大垣市立 小学校					大垣市立 中学校			
ふりがな												
氏名					男・女	年 月 日生			ふりがな			
住所	大垣市 町								自宅 Tel			
									(アパート名までお書きください。)			
(変更)	大垣市 町								自宅 Tel			
	大垣市 町								自宅 Tel			
緊急連絡先	連絡順	氏名			続柄	連絡先名(勤務先等)			連絡先 Tel	携帯 Tel		
	第1											
	第2											
	第3											
(携帯番号に連絡してよい場合はその番号をお知らせください。)												
保険証	種類…	国保	社保	共済	その他()			無	…いずれかを○で囲ってください。			
	記号()	番号()			保険者番号()							
(変更)	種類…	国保	社保	共済	その他()			無	…いずれかを○で囲ってください。			
	記号()	番号()			保険者番号()							
	種類…	国保	社保	共済	その他()			無	…いずれかを○で囲ってください。			
	記号()	番号()			保険者番号()							
かかりつけの病院	内科	Tel				眼科	Tel					
	外科	Tel				耳鼻科	Tel					
	整形外科	Tel				歯科	Tel					
血液型	型 (RH)					平熱	度ぐらい					
既往症・体質(アレルギー)等……今までにかかった病気を記入(また学校に伝えたいことがあれば裏面の記入欄も記入)												
既往症	病名	発病年齢	治ゆ	加療中	治療の様子							
	(記入例) 腎臓病(尿路感染症)	5歳		○	内服薬毎日服用・月2回通院							
	腎臓病()	歳										
	心臓病()	歳										
	川崎病	歳										
	ひきつけ (原因)	歳										
体質	(記入例) アトピー性皮膚炎	1歳		○	原因(ハウスダスト)							
	ぜんそく	歳			原因()							
	アトピー性皮膚炎	歳			原因()							
	アレルギー性結膜炎	歳			原因()							
	アレルギー性鼻炎	歳			原因()							
	その他アレルギー(食物・薬剤等)がありましたらお書きください。											
		歳			原因()							
		歳			原因()							
予防接種について	予防接種をうけて異常をおこしたことが [ない・ある (歳) (予防接種名)]											

