

令和5年4月7日

保護者様

印西市立滝野中学校  
校長 渡邊 信

### 健康調査票の記入について

陽春の候、保護者の皆様におかれましては、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。また、お子さまのご進級、誠にありがとうございます。

さて、学校では、毎年4月に「健康調査票」により、保健調査を実施します。この調査は、健康診断を適正に実施するための大切な情報となりますので、記入漏れがないよう正確に記入し、4月12日(水)までに、学級担任に提出をお願いします。

### 《健康調査票 記入上の注意》

**秘 健康調査票**

この調査票は、健康診断の実施および病気のけがで、緊急に連絡が必要な時に使用しますので正確に記入してください。なお、変更があった場合はすみやかに学級担任へお知らせください。

小学校名 \_\_\_\_\_  
中学校名 \_\_\_\_\_

\*すべてを記入後、「保護者印」欄に押印を

年	小1	小2	小3	小4
組・番号	組番	組番	組番	組番
保護者印				

ふりがな  
児童生徒名 \_\_\_\_\_ 生年月日 平成 年 月 日生  
ふりがな  
保護者氏名 \_\_\_\_\_ 自宅住所 \_\_\_\_\_

\*自宅以外の緊急連絡先

1	氏名:	
	連絡先:	(勤務先)
2	氏名:	
	連絡先:	(勤務先)
3	氏名:	
	連絡先:	(勤務先)

携帯: \_\_\_\_\_

かかりつけの医療機関	内科	TEL: _____	眼科	TEL: _____
	外科	TEL: _____	歯科	TEL: _____
	整形外科	TEL: _____	耳鼻科	TEL: _____

\*該当する項目に○をつけて、その他の場合は内容を記入してください。

保険証の種類	国保・社保・その他 ( )
緊急で医療機関にかかる場合	1 学校に任せる 2 かかりつけの医療機関を希望する 3 その他 ( )

救急搬送時や病(医)院受診時に、関係機関から情報提供を求められた場合、この調査票を提出することに同意します。 年 月 日 保護者署名 \_\_\_\_\_ 印

印西市教育委員会 R2.4月 改定

I 既往歴と健康状態 \*下記の「記入のしかた」を参考に該当学年の欄に記入してください。

記入のしかた	異常なし・治療 /	症状がある時通院△	通院中○
傷病名	定期受診状況・服薬の有無 医療機関名・日次の受診頻度など	小1 小2 小3 小4 小5 小6 中1 中2 中3	

「記入のしかた」、「記入例」を参考に、今までにかかった大きな病気等について必ず記入してください。

アレルギー性結膜炎												
アトピー性皮膚炎												
食物(原因):												
薬品(原因):												
その他:												
その他:	ひきつけ・てんかん											
その他:	難聴 [右・左・両方]											
その他:	弱視 [右・左・両方]											
その他:	行が ※詳細や病名を記入して											
その他:	その他:											

《保護者通信欄》 \*その他

年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

II 結核について \*該当学年のあてはまる項目に○をつけてください。

	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
今までに結核性の病気(肺・肺浸潤・胸膜炎・副肺炎・肺動脈リンパ管結核)にかかったことがある	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
今までに結核に感染を受けたとして予防の薬を飲んだことがある	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
本人が生まれてから家族や同居人で結核にかかって治療した人がいる	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
過去3年以内に通算して半年以上外国に住んでいたことがある	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
「はい」の場合、国名はどこか									
この2週間以上「せき」や「たん」が続いている	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
「はい」の理由									
医療機関において治療や検査を受けている	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
ぜんそく、ぜんそく性気管炎などといわれている	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
BCG(スタンプ状)の予防接種を受けている	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい

結核検診の時に問診票として使用します。

裏面もご覧ください

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女  
生年月日 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日生

**Ⅲ 現在の様子** \*下記の「記入のしかた」を参考に1年間の様子を該当学年の欄に記入してください。

記入のしかた	異常なし /	時々そうなる △	いつもそうなる ○
1 平熱(℃)	(例) 36.4 →		
2 よく熱をだしやすい、風邪をひきやすい			
3 頭痛を起こしやすい			

**平熱の記入を忘れずに。**

「記入のしかた」を参考に、過去1年から現在までの症状について記入してください。「異常なし」の場合は必ず斜線を引いてください。

症状	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
1 呼吸でも泣き止まない、何度も聞き返す テレビの音も常に大きい									
2 中耳炎にたびたびかかったことがある 風邪をひくと鼻水の症状が長引きやすい									

**Ⅳ 予防接種歴と感染症の既往歴**

\*入学前、あるいは小中学校で追加を行った予防接種歴について、年月日を記入してください。

項目	回数	1回目	2回目	3回目	4回目	既往あり (かかっている)
BCG		年月日	年月日	年月日	年月日	麻疹( )歳
3種混合または4種混合 (DPT) (DPT-IPV)		年月日	年月日	年月日	年月日	風しん( )歳
2種混合 (DT)		年月日	年月日	年月日	年月日	水痘( )歳
MR(麻しん)		年月日	年月日	年月日	年月日	流行性耳下腺炎 ( )歳
水痘(水)		年月日	年月日	年月日	年月日	

**表面も忘れずに記入してください**

**予防接種の記録は、母子健康手帳をご覧になり、漏れのないよう記入してください。**

ふりがな \_\_\_\_\_ 男・女  
氏名 \_\_\_\_\_

**V 運動器について** \*該当学年のあてはまる項目に○をつけてください。

問診項目	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
<b>背柱</b>									
① 肩の高さに差がある	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
② 肩甲骨の高さ・位置に差がある	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
③ 左右の腕の曲がり方に差がある	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
④ 前屈した左右の背骨の高さに差がある	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
<b>前後屈</b>									
① 前屈や後屈したときに肩に痛みがある	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
<b>片足立ち</b>									
① 片足立ちをすすると体が傾いたりふらふらしたりする	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
<b>しよがみ</b>									
① 肩甲骨の骨の痛みがある	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
<b>腕の曲げ伸ばし</b>									
① 手のひらを上に向けて腕を曲げ伸ばしたときに、完全に曲がらない(指が閉につかない)ことや完全に伸びないことがある	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
② 手のひらを上に向けて腕を曲げ伸ばしたときに、痛みがある	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
<b>ハンズアップ</b>									
① ハンズアップをしたときに腕が耳につかない	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
② ハンズアップをしたときに腕に痛みがある	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
運動器において何か気になる点がありましたら記入してください									

**それぞれの動作を必ず家庭で行い、全ての問診項目にご回答ください。**

**感染症の既往がある場合は、かかった年齢を記入してください。**

※全部記入しましたら、記入漏れがないか再度確認お願いいたします。

※「予防接種歴」については、特に「MR（麻しん風しん混合）」または「麻しん（はしか）」「風しん（三日はしか）」についての記入漏れのないようお願いします。

- ・麻しん（はしか）については2回接種が必要です。
- ・中学校では2年生で職場体験、3年生では家庭科の授業の一環として保育実習があります。職場体験では、麻しん予防接種を2回受けていない場合、保育園や幼稚園、医療機関等での実習を選択することができない場合があります。保育実習では、麻しん予防接種を2回受けていない場合、実習に参加できず学校待機となる場合があります。
- ・麻しんまたはMR予防接種を一度も受けていない、または一回しか受けていない場合は、追加接種をおすすめします。（接種は実費になります。）