



就学時保健調査票

No.		記入年月日				令和 年 月 日					
氏名(就学予定者)		性別		生年月日		平成 年 月 日生					
保護者氏名		現住所		松江市		町		番地			
						丁目		番 号			
生育歴	※出生後の発育上の主なようす(特にめだったものがあれば記入してください。)										
主な既往症	※今までにかかった病気があれば、該当の病名の番号を○で囲んでください。										
	内科	1	心臓病 (病名)	才	6	川崎病	才	10	流行性耳下腺炎	13	その他 (おたふくかぜ) 性疾患 百日咳 (才)
		2	呼吸器疾患 (病名)	才	7	麻疹(はしか)	才				
		3	腎臓病 (病名)	才	8	風疹(三日はしか)	才	11	けいれん		
		4	肝臓病 (病名)	才	9	水痘(水ぼうそう)	才	12			
		5	アレルギー性疾患 あり (喘息・アトピー性皮膚炎・じんましん・食物アレルギー・薬物アレルギー)								
	耳鼻咽喉科	1	中耳炎	才	3	副鼻腔炎	才	5	その他	(才)	
		2	扁桃肥大	才	4	アレルギー性鼻炎	才				
	眼科	1	アレルギー性結膜炎	才	2	その他	(才)				
	予防接種	※接種を受けたものは○で囲み、接種年月日は母子健康手帳を確認のうえ記入してください。									
1. インフルエンザ菌b型(Hib)		1回	年 月 日	5. BCG	年 月 日						
		2回	年 月 日		6. 麻しん・風しん混合	1期	年 月 日				
		3回	年 月 日			2期	年 月 日				
		追加	年 月 日		7. 水痘	1回	年 月 日				
2. 小児肺炎球菌		1回	年 月 日	2回		年 月 日					
		2回	年 月 日	8. 日本脳炎	1回	年 月 日					
		3回	年 月 日		2回	年 月 日					
		追加	年 月 日	追加	年 月 日						
3. B型肝炎		1回	年 月 日	9. その他							
	2回	年 月 日									
	3回	年 月 日									
4. 四種混合 または 五種混合 (百日せき・ジフテリア・破傷風 ・ポリオ、五種混合はこれに Hibを加えたもの)	1回	年 月 日	10. 予防接種による副反応 なし ・ あり ()								
	2回	年 月 日									
	3回	年 月 日									
	追加	年 月 日									
現在の健康状態	※該当するところを○印で囲み、必要事項を記入してください。										
	内科	1	腹痛	ない・時々ある・よくある	4	その他(気になることがあれば、記入してください。)					
		2	小便回数	少ない・普通・多い							
		3	頭痛	ない・時々ある・よくある							
	耳鼻咽喉科	1	呼んでも返事をしない、聞き返しが多い	はい・いいえ	4	その他(気になることがあれば、記入してください。)					
		2	かぜをひいてないのに鼻がつまりやすい	はい・いいえ							
		3	鼻血がでやすい	はい・いいえ							
	眼科	1	目がかゆくなる	はい・いいえ	5	その他(気になることがあれば、記入してください。)					
		2	目がいたくなることがある	はい・いいえ							
		3	物を見るとき見えにくそうにしている	はい・いいえ							
4		目の位置が気になる	はい・いいえ								
歯科	1	口の中等がよく痛む	はい・いいえ	5	その他(気になることがあれば、記入してください。)						
	はいの場合 それはどこですか (歯 ・ 歯ぐき ・ あご ・ 唇)										
	2	ものを食べるとき	1. よくかむ 2. よくかまない								
	3	歯ぐきがよくはれる	1. はい 2. いいえ								
	4	歯みがきの状況	1. いつもしている 2. 時々する 3. しない								
その他	※心身の健康面に不安があり医師に相談したいことや、学校で留意し生活において配慮してほしいことなどがあれば記入してください。										

※記入上の注意・この調査票は、健康診断時の重要な参考となり、担任がお子さんの健康状態を知るためのものとなりますので正確に記入してください。
・この調査票は、部外秘として取り扱います。