

## 保健調査票

年 組 番

保健調査票は、お子さんの健康診断及び保健管理・指導に役立て、また、学校内の事故や急病時の連絡等に使用します。尚、健康状態の把握と健康管理以外には使用しませんので、下記の項目についてもれのないよう正確にご記入をお願いいたします。

フリガナ		生年月日	平成 年 月 日
児童氏名			
住 所	南城市	電話番号	自宅 携帯
保護者氏名		続 柄	

※緊急連絡先は、確実に連絡がとれる番号を記入してください。(自宅、携帯電話、勤務先など)

緊急連絡先		1番目に連絡して欲しい人	2番目に連絡して欲しい人	3番目に連絡して欲しい人
	氏 名			
	電 話	携帯: 勤務先名: TEL:	携帯: 勤務先名: TEL:	携帯: 勤務先名: TEL:
	続 柄			
かかりつけの医療機関	小児科		歯科	
	外科		科	

### 1. 既往歴 \*あてはまるものに○を、( )には記入をして下さい。

1	今までに受けた予防接種について教えてください。(母子手帳参照)	ポリオ・DPT三種混合・麻しん風疹(MR)【I期・II期】 日本脳炎・BCG(結核)・その他( )		
2	今までかかったことのある病気について教えてください。			
	心臓病	ない・ある ( ) 才	アレルギー性結膜炎	ない・ある ( ) 才
	腎臓病	ない・ある ( ) 才	アレルギー性鼻炎	ない・ある ( ) 才
	肝臓病	ない・ある ( ) 才	アトピー性皮膚炎	ない・ある ( ) 才
	糖尿病	ない・ある ( ) 才	ちくのう(副鼻腔炎)	ない・ある ( ) 才
	ひきつけ	ない・ある ( ) 才	中耳炎	ない・ある ( ) 才
	てんかん	ない・ある ( ) 才	扁桃肥大	ない・ある ( ) 才
ぜんそく	ない・ある ( ) 才	その他:	ない・ある ( ) 才	
3	今までに、手術・大きな病気・交通事故やスポーツ外傷等(身体への強い衝撃)を受けたことがありますか。	ない・ある ( ) 才 *病名やその内容について教えてください。 ( )		
4	アレルギーはありますか。 ない・ある →右の①から③に記入 学校生活で配慮が必要ですか。 いいえ・はい → 後日、確認します	①食べ物( ) ②薬 ( ) ③その他 ( )		

2.現在の健康状態について (あてはまるものに○をつけてください。)

内科的なこと	1	よく頭が痛くなる	
	2	腹痛(下痢・便秘)を起こしやすい	
	3	少しの運動でも、動悸や息切れがする	
	4	立ちくらみ、めまいを起こしやすい	
	5	時々、喘息発作がある	
	*平熱( )℃ くらい		
眼科的なこと	1	メガネやコンタクトレンズを使用している	
	2	見る時頭を傾ける、上目使い、正面で見ない	
	3	左右の視線がずれることがある	
	4	かゆくなる、目やにが出る、充血する	
	5	色まちがいをすることがある	
皮膚科的なこと	1	肌がかゆくなりやすい	
	2	肌があれたり、かぶれやすい	
	3	その他、 <u>気になる皮膚病</u> がある ↓ ( )	
	1	歯が痛んだり、しみたりする	
	2	あごの関節が痛む、音が出る	
3	歯並びが気になる		
4	かみ合わせが気になる		
5	歯ぐきから血が出ることもある		

整形外科的なこと	1	 両肩の高さに差がある	有・無	4	 片足立ちをすると体が傾いたり、ふらつく	有・無
		 両肩甲骨の高さ・位置に差がある	有・無			
	2	 体を前・後ろに曲げると腰に痛みがある	有・無	5	 足の裏全体を床につけて、完全にしゃがむことができない	できる ・ できない
3	 肩・腕・足に動きに気になるところがある(曲げ伸ばしができない等)	有・無	6	運動部の活動や運動系の習い事をしていますか？(バレエ・ダンス等も含む) はい( ) いいえ		

3.現在、治療中の病気、病院で経過観察を受けている病気やけが等があれば教えてください。

ない ・ ある (※あるに○をつけた場合は、下記について記入して下さい。)

① 病名 ( )

② 学校において、管理や配慮が必要である ( 必要である ・ 特に必要ない )

※「必要である」に○をつけた場合は、関連書類を配布しますので回答のご協力をお願いします。

4.健康上、相談したいことについて

健康上知らせておきたいことや学校生活で配慮して欲しいこと、または相談したいことがありましたら記入してください。(当てはまるものに○をしてください。)

ない ・ ある (※あるに○をつけた場合は、下記に記入して下さい。)

5.定期健康診断結果 (この欄は、今年度の学校医による内科健診の結果を記入します。)

1, 異常なし

2, 所見あり ( ) 経過観察 ・ 要受診

3, 欠席のため未健診

# 心臓検診調査票

(一財) 沖縄県健康づくり財団  
(2024年度改訂)

保護者の方々がご記入をお願いします

心臓検診は、子供たちが楽しく意義ある学校生活を送るために、学校の健康診断の中でも特に重点がおかれています。この調査は心臓検診を行うためにぜひ必要です。保護者の方がご記入のうえ、御提出ください。又この調査票の内容を心臓検診以外に使用することはありませんので、保護者の方々のご協力をお願いします。

学校長

学校名	学年	組	番号	氏名	性別		生年月日		
					男	女	平成 令和	年	月

\*記入上の注意：あてはまる□に✓を入れ、空欄には年齢・病名・病院名などを書き入れてください。

## 質問1 今までに心臓に異常があるとされたことがありますか？

- いいえ  はい  ⇒ (1) 心臓に異常があるとされたのはいつですか？ \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月頃
- (2) どこで言われましたか？ \_\_\_\_\_ 医療機関名
- (3) 病名は何と言われましたか？ 病名を記入してください。
- 1. 先天性心疾患 \_\_\_\_\_ 病名
  - 2. 不整脈 \_\_\_\_\_ 病名
  - 3. その他の心臓病 \_\_\_\_\_ 病名
- (4) その後どうしていますか？
- 精密検査の結果、心臓に異常はないと言われた。  
\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月頃 - どこで (医療機関名)
  - 心臓の手術を受けた。  
\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月頃 \_\_\_\_\_ どこで (医療機関名)
  - 定期的に医療機関を受診している。  
どこで (医療機関名) \_\_\_\_\_
  - 定期的に医療機関を受診するよう言われているが、受診していない。
  - 完治した  その他 (具体的に \_\_\_\_\_ )

## 質問2 川崎病にかかったことがありますか？

- いいえ  はい  ⇒ (1) 川崎病と診断されたのはいつですか。  
\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月頃 \_\_\_\_\_ どこで (医療機関名)
- (2) 心臓に後遺症を残していると言われていましたか？
- はい  いいえ  わからない
- (3) 現在、川崎病で定期的に医療機関を受診していますか。
- はい  いいえ \_\_\_\_\_ どこで (医療機関名)

## 質問3 ここ1年以内に、以下の症状がありましたか？

- いいえ  はい
- 何もしないのに、急に心臓が早く(いつもの倍以上)打つことがある。
  - 脈が飛ぶ(とぎれる)ことがある。
  - 気を失ったことがある。(貧血、立ちくらみ、けいれんを除く)
  - 胸が締め付けられるように苦しくなることがある。

## 質問4 両親、兄弟姉妹、祖父母に、下記に該当する人がいますか？

- いいえ  はい
- 40歳以下で心臓病または原因不明で急死した人がいる。
  - 心筋症の人、又はその疾患で亡くなった人がいる。

## 学校記入欄 \*\*\*\*\* (これから下は保護者は記入しないで下さい) \*\*\*\*\*

学校医所所 (1. なし 2. あり )

- 異常心音、心雑音、脈の不整
- 胸郭変形 ( 膨隆・扁平・漏斗胸 )
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

養護教諭、担任、体育教諭などからの情報、意見

# 健康診断(問診・結果票) 【耳鼻咽喉科】

南城市立大里北小学校 年 組 番 名前

家庭で(または本人が)気づいていること

\* あてはまるものに○印をつけて下さい\*

① 保護者記入欄  
(本枠内のみ)

- 1 耳だれがでる
- 2 聞こえが悪い
- 3 いつも鼻がつまる
- 4 くしゃみが多く、鼻汁が多い
- 5 声がおかしい
- 6 上記以外で耳、鼻、のどのことで気になることがある  
( )
- 7 耳鼻科の病気で、以前治療を受けたまたは現在治療中  
( )
- 8 特になし

〔簡易聴力検査の結果〕

○: 異常なし  
×: 所見あり

	1000Hz	4000Hz
右耳		
左耳		

\*\*\*\*\* 下記 ②,③は 担当医師記入欄 \*\*\*\*\*

## 【健康診断結果】

② 健診担当者記入欄

- 1 異常なし
- 2 下記の疾患、疑いがあります  
耳垢栓塞 慢性中耳炎 滲出性中耳炎 難聴の疑い 副鼻腔炎 アレルギー性鼻炎 慢性鼻炎  
鼻中隔彎曲症 アデノイド疑い 扁桃肥大 扁桃炎 音声異常 言語異常 口腔疾患 その他( )  
① 耳鼻科を受診して下さい ② 症状がある時は耳鼻科を受診して下さい
- 3 欠席のため健診を受けていません

## 【受診結果報告書】

③ 医療機関担当者記入欄

- 1 診断名 .....
- 2 処置  
1) 治療の必要なし    2) このまま様子を見る    3) 治療完了    4) 現在治療中
- 3 学校生活上の留意点  
1) プール入水 ( 可    否 )  
2) その他 .....

令和 年 月 日

医療機関  
及び医師名

㊞

— ②健診の結果で医療機関を受診した方は、③に印鑑をもらい学校に提出して下さい —

(参考: 日本耳鼻咽喉科学会沖縄県地方部会様式)

## 結核健診問診票 (小学1年生 ・ 転入学生用)

### 【保護者の方へのお願い】

この問診調査は結核に関する健康診断が正しく行われるために是非必要ですので、保護者の方の正確なご記入をお願いします。なお、この問診調査は定期健康診断の結核に関する健康診断以外には使用されません。

※ 質問1～3のいずれかの「はい」に○がついたお子さまは、本問診票の内容を保健所に見ていただき、健康管理状況を確認させていただきますことをご了承ください。

南城市立大里北小学校                      年                      組                      番                      記入年月日                      令和                      年                      月                      日

(ふりがな) 児童生徒名	生年月日 年 月 日生	(ふりがな) 保護者氏名
現住所		電話番号

調査内容		回答	
質問1	お子さまが、過去2年間に結核性の病気にかかったことがありますか？ (例：肺結核、胸膜炎、頸部リンパ節結核)	はい	いいえ
※ 質問1で「はい」と答えた方へ お子様が病気にかかっていた頃住んでいた市町村を教えてください。		市町村名 ( )	
質問2	お子さまが、過去2年間に結核に感染をうけたとして予防のお薬を飲んだことがありますか？	はい	いいえ
※ 質問2で「はい」と答えた方へ お子様が薬を飲んでいた頃住んでいた市町村名を教えてください。		市町村名 ( )	
質問3	お子さまの家族や同居人で過去2年間に結核にかかった人がいますか？	はい	いいえ
※ 質問3で「はい」と答えた方へ その時お子さまは保健所で検診を受けましたか？ 検診を受けた場合、受診した保健所名を教えてください。		はい	いいえ
家族や同居人の誰が結核にかかりましたか？		( )保健所 続柄 氏名 ( )	
質問4	お子さまが、過去3年以内に通算して半年以上外国に住んだことがありますか？	はい	いいえ
※ 質問4で「はい」と答えた方へ それはどこの国ですか？ ( ) 帰国年月は？ ( 年 月 )			
質問5	お子さまは、この2週間以上「せき」や「たん」が続いていますか？	はい	いいえ
※ 質問5で「はい」と答えた方へ お子さまは、その「せき」や「たん」で医療機関において、治療や検査を受けていますか？		はい	いいえ
お子さまは、ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などといわれていますか？		はい	いいえ
質問6	お子さまは、いままでにBCGの接種(スタンプ式の予防接種)を受けたことがありますか？ (母子健康手帳の予防接種のページを見てご確認ください。)	はい	いいえ
※ 質問6で「いいえ」と答えた方へ                      理由 受けられなかった理由をご記入下さい。			

校医の所見 精密検査及び指示	要 ・ 不要	経過観察
所見)		