

保 健 調 査 票

※ 整理番号

この調査票は、学校医による健康診断の基礎資料とするほか、学校におけるお子さんの保健指導や保健管理に役立てるものです。質問事項で該当する場合は□にレを付け、必要により（ ）内に記入してください。また、予防接種欄については、接種日を記入してください。（※印の記入は不要です。）

なお、この調査票はお子さんの保健管理以外には、一切利用いたしません。

在園名	こども園 保育園	※学校名	新井南 小学校	令和 年 月 日記入
-----	-------------	------	---------	------------

就学予定者

ふりがな 氏 名		性別	☐ 男・ ☐ 女	生年月日	令和 年 月 日生
-------------	--	----	--	------	-----------

1. 現在の体格

身長 _____ cm

体重 _____ kg

2. 今までにかかった病気

(1)	心臓病(病名 _____)
(2)	腎臓病(病名 _____)
(3)	肝臓病(病名 _____)
(4)	☐ 結核 ☐ 糖尿病 ☐ 川崎病 ☐ てんかん ☐ 髄膜炎 ☐ リウマチ熱 ☐ はしか ☐ みずぼうそう ☐ おたふくかぜ ☐ 風疹 ☐ その他(_____)
(5)	手術(病名 _____)
(6)	交通事故(受傷部位 _____)
(7)	アレルギー体質 ☐ 喘息 ☐ アレルギー性鼻炎 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ アレルギー性結膜炎 ☐ 食物アレルギー (品目名 _____) ☐ 食物アレルギーにより、給食で除去食・代替食が必要 ☐ アナフィラキシーショックを起こしたことがある、又は、起こすおそれがある ☐ 学校で薬剤管理が必要 ☐ 運動に誘発されてアレルギーの症状が強くなる

3. 現在の身体状況

全 身 的	☐ 元気がない ☐ お腹がいたむことがある ☐ めまいをおこすことがある ☐ 胸がどきどきすることがある ☐ 顔や手足がむくむことがある ☐ ものをよく吐く	の ど	☐ 扁桃腺をよくはらす ☐ のどが痛むとよく熱をだす
		皮 膚	☐ かさかさしている ☐ はれものがしやすい ☐ ひび、しもやけがしやすい
眼	☐ メガネをかけている ☐ めやにがでる	食 欲	☐ 食欲が不振である ☐ 偏食する
鼻	☐ 鼻汁がよくでる ☐ 鼻がつまりやすい ☐ 時々鼻血を出す	こ と ば	☐ どもる ☐ はっきりしない ☐ 幼児語が多い
耳	☐ 聞こえがよくない		

4. 健康の習慣

(1)	用便は一人で行える (☐ はい ☐ いいえ)
(2)	自分から手や顔を洗う (☐ はい ☐ いいえ)
(3)	歯みがきの習慣がついている (☐ はい ☐ いいえ)
(4)	テレビを見たりゲームをしたりする時間 (一日に _____ 時間くら)
(5)	おやつ時間は決まっている (☐ はい ☐ いいえ)

5. お子さんの体で心配なことや、学校に連絡しておきたいことがありましたら記入してください。

--

6. 今までに実施した予防接種

ワクチン	第1回	第2回	第3回	第4回
①インフルエンザ菌b型(ヒブ)	□(年 月 日)	□(年 月 日)	□(年 月 日)	□(年 月 日)
②小児肺炎球菌	□(年 月 日)	□(年 月 日)	□(年 月 日)	□(年 月 日)
③B型肝炎(HBV)	□(年 月 日)	□(年 月 日)	□(年 月 日)	
④四種混合(DPT-IPV)	□(年 月 日)	□(年 月 日)	□(年 月 日)	□(年 月 日)
⑤BCG	□(年 月 日)			
⑥麻しん、風しん(MR)	□(年 月 日)	□(年 月 日)		
⑦水痘(みずぼうそう)	□(年 月 日)	□(年 月 日)		
⑧日本脳炎	□(年 月 日)	□(年 月 日)	□(年 月 日)	
⑨ロタウイルス	□(年 月 日)	□(年 月 日)	□(年 月 日)	
⑩おたふくかぜ	□(年 月 日)	□(年 月 日)		

【予防接種歴について】

- ・令和9年度の入学予定者(R2.4.2～R3.4.1生まれ)の方は、定期の予防接種を計画どおり受けている場合、次のワクチンを接種していることになります。詳細は母子健康手帳をご確認ください。

①インフルエンザ菌b型(ヒブ)：第1回、第2回、第3回、第4回

②小児肺炎球菌：第1回、第2回、第3回、第4回

③B型肝炎(HBV)：第1回、第2回、第3回

④四種混合(DPT-IPV)：第1回、第2回、第3回、第4回

⑤BCG：第1回

⑥麻しん、風しん(MR)：第1回、第2回

⑦水痘(みずぼうそう)：第1回、第2回

⑧日本脳炎：第1回、第2回、第3回

【上記を実施した場合の副作用の有無】

□有 (種類と状況)	)
□無	