

記入例

太枠で囲んである部分に必要な事項をご記入ください。

秘 保健調査票

保護者の方へ

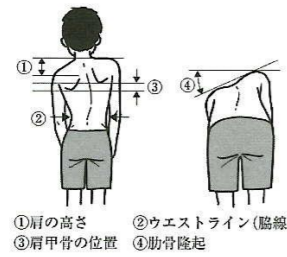
- ・この調査票は、健康診断にあたって児童の身体を正しく理解し、日常の健康管理にも役立てるものです。
- ・6年間使用しますので、大切にしてください。年度初めにはご家庭にお返ししますので、内容に変更がある場合は再記入をお願いします。
- ・学校保管については、責任をもって秘密を厳守します。

記入しないでください。

学年	1	2	3	4	5	6
組						
番号						

豊島区立 仰高 小学校

【図1】 立体検査 前屈検査



①肩の高さ ②ウエストライン(脇線)
③肩甲骨の位置 ④肋骨隆起

【図2】



屈曲時の痛み 伸展時の痛み

【図3】



片脚立ちすると、ふらつく
(左右ともにチェック)。

【図4】



ふらつく。後ろに転ぶ。
しゃがむと痛みがある。

予防接種歴と既往症

	未接種	接種有	接種有	接種有	接種有	感染有	
日本脳炎		1回目	2回目	3回目	4回目	オ	・未接種の場合は 未接種に○を記入 する ・接種有の場合は 接種した回数すべ てを○で囲む
3種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風)	○	1回目	2回目	3回目	4回目		
4種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)		1回目	2回目	3回目	4回目		
MR (麻疹・風疹混合)		1回目	2回目				
麻疹 (はしか)	○	1回目	2回目			オ	
風疹	○	1回目	2回目			オ	
水痘 (みずぼうそう)		1回目	2回目				
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		1回目	2回目				
肺炎球菌性肺炎		1回目	2回目	3回目	4回目		
Hib		1回目	2回目	3回目	4回目		
B型肝炎		1回目	2回目	3回目			

2026年4月1日現在の
連絡先をご記入ください。
訂正がある場合には、斜線を
引き、赤で直してください。

BCG	未接種	接種有
未接種の場合の理由	・ツベルクリン反応検査が陽性だったため ・その他の理由 ()	

ふりがな	ぎょうこう たろう		男・女	男
児童氏名	仰高 太郎		生年月日	平成令和元年 5月30日
現住所	豊島区駒込5-1-19	保護者氏名	仰高 一郎	
		自宅電話番号	03 (3918) 2325	

※確実に連絡の取れる順番に、3カ所記入してください。

	1	2	3
緊急連絡先	連絡先名・氏名 (続柄) 仰高 一郎 (父)	連絡先名・氏名 (続柄) 仰高 花美 (母)	連絡先名・氏名 (続柄) 駒込 桜子 (祖母)
携帯	080-1234-4567	090-8910-1112	090-1111-2222
職場	03-1234-4567	03-8910-1112	03-1111-2222
その他			
保険証の種類	1. 国保 2. 社保 3. 共保 4. その他 ()		

かかりつけの医療機関	内科：病院名 仰高こどもクリニック TEL 03-2222-2222
	外科・整形外科：病院名 TEL
	歯科：病院名 仰高歯科医院 TEL 03-1111-1111
	その他：病院名 TEL

結核について（結核に関する項目で「はい」と答えた場合、再度詳しい調査を行うことがあります。）

項目	1年	2年	3年	4年	5年	6年
今までに結核性の病気（肺結核、胸膜炎またはろくまく炎、頸部リンパ節結核）にかかったことがありますか？	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃
今までに結核を予防するお薬を飲んだことがありますか？	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	新しい学年の欄をご記入ください。		
生まれてから家族や同居人で結核にかかった人がいますか？	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃
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？	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃
「はい」の場合、国名はどこですか	中国					
この2週間以上、「せき」や「たん」が続いていますか？	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃
はいの場合 医療機関を受診していますか	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃
ぜん息、ぜん息性気管支炎などといわれていますか？	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃

アレルギーについて ※アレルギーについて知らせておくべきことがあれば、ご記入ください。

アレルギー対応	1年	2年	3年	4年	5年	6年
アレルギーについて、学校への対応や知らせておきたいことなどが...	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない
ぜん息 歳～						
発作回数	回	回	回	回	回	回
ぜん息内服薬(吸入含)	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
アトピー性皮膚炎 歳～						
アレルギー性鼻疾患 歳～						
アレルギー性眼疾患 歳～						
食物アレルギー	1歳～	○				
食品名と症状(卵・・・口の周りに発疹ができる) 対処(ランドセルポケットに入っている薬を飲む)						
薬剤アレルギー	歳～					
薬剤名と症状() 対処()						
その他() 歳～						
症状と対処()						
<対応や知らせておきたいことを具体的に記入>						

いままでの健康状態 ※病歴がある場合、ご記入ください。

病歴	病名	発病年齢	○印で記入			病名	発病年齢	○印で記入		
			治癒	治療中	経過観察中			治癒	治療中	経過観察中
	心臓(病名:)	歳				けいれん・脳波異常等(病名:)	歳			
	腎臓(病名:)	歳				その他(病名: 川崎病)	4歳			○
			内服薬	無・有				内服薬	無・有	
			内服薬	無・有				内服薬	無・有	

児童氏名 仰高 太郎 男 女 平常体温 36.5 ℃

毎年、健康診断前に配布しますので、過去1年間の様子で、下記事項の該当欄に○印をつけてください。

項 目	番号	症状	学年							
			1	2	3	4	5	6		
内科	1	よく頭痛を訴える	○							
	2	腹痛を起こしやすい								
	3	息ぎれ、どうきがする								
	4	いつも顔色が悪い								
	5	長く立っていると気分が悪くなる								
	6	朝起きにくい								
	7	つかれやすい								
	8	偏食、少食である								
	9	微熱が続く								
	10	咳が出やすい								
	11	ぐっすりねむれない								
眼科	1	遠くがよく見えない								
	2	読書中に目や頭が痛い								
	3	眼鏡をかけている								
	4	目やにが多く出る								
	5	涙が出やすい								
耳鼻科	1	きこえが悪い								
	2	耳だれが出る右・左								
	3	鼻がよくつまる								
	4	鼻血がでやすい								
	5	くしゃみが出やすい								
	6	よくのどが痛くなり、熱を出す								
整形外科	1	背骨が曲がっている【裏面：図1参照】								
	2	腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある【裏面：図2参照】								
	3	腕、脚を動かすと痛みがある								
	4	腕、脚に動きの悪いところがある								
	5	片脚立ちが5秒以上できない【裏面：図3参照】	○							
	6	しゃがみこみができない【裏面：図4参照】								
	7	1～6 について受診・通院している								
保護者確認欄			4月1日	月	日					
月日と印またはサインをご記入ください			仰高							

新しい学年の欄に、
普段の気になる様子に
○をつけてください。

お子さんに裏面の図のように
動いてもらい、気になるものに
○をつけてください。

日付、押印またはサインをご記入
ください。

その他の連絡事項	1年	伝えておくべきことがあれば ご記入ください。				4年
	2年					5年
	3年					6年