



㊚ 健 康 調 査 票

小学校名			小1 組 番	小4 組 番	中1 組 番
中学校名			小2 組 番	小5 組 番	中2 組 番
(ふりがな)			小3 組 番	小6 組 番	中3 組 番
氏 名	保護者名				
生年月日	平成	年	月	日	
住所	TEL				

○緊急連絡先<(続柄)・職場名・自宅・携帯の別を記入のこと>変更の場合は連絡してください。

① ( ) 名称	TEL
へ連絡	携帯
② ( ) 名称	TEL
へ連絡	携帯
変 ( ) 名称	TEL
更 へ連絡	携帯

○かかりつけの病院

内科・小児科	外科・整形外科	歯科
Tel	Tel	Tel

○ 現在の健康状況および病歴 (次のようなことがあれば○をしてください。ない場合レをしてください。)

	項 目	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
1	最近、体調が悪い。									
2	下痢をしやすい。									
3	便秘がちである。									
4	胃痛・腹痛をよく起こす。									
5	関節が痛くなることがある。									
6	よく頭痛を訴える。									
7	抗けいれん(ひきつけ)剤を飲んでいる。									
8	アトピー性皮膚炎がある。									
9	アレルギー性鼻炎がある。									
10	アレルギー性結膜炎がある。									
11	朝は起こさないと起きない。									
12	朝、目が覚めても気分が悪く起きづらい。									
13	食べ物の好き嫌が多い。									
14	朝食をほとんど食べない。									
15	乗り物に酔いやすい。									
女子	月経痛がある。 初経(小・中 年 月)									

○食物アレルギー・薬品による副作用等がある場合はご記入ください。

食 品 名	年 齢	症 状	薬 品 名	年 齢	症 状

氏名

## ○今までにかかった病気および現在かかっている病気についてご記入ください。

病名	年齢	病名	年齢	病名	年齢	病名	年齢
麻疹	歳	風疹	歳	水痘	歳	流行性耳下腺炎	歳
病名	年齢	治癒	加療中	手術・入院をした病気 病名( ) 入院または手術期間 年 月 ~ 年 月			
腎臓病	歳			手術・入院をした病気 病名( ) 入院または手術期間 年 月 ~ 年 月			
心臓病	歳						
川崎病	歳						
喘息	歳						
熱性けいれん	歳						
中耳炎	歳						

## ○予防接種状況（母子手帳等を確認していただき必ず記入してください。）

予防接種名		接種年月日		予防接種名		接種年月日		
BCG		年 月 日		1回目		年 月 日		
破傷風 ジフテリ ア (三種混 合) 百日咳	1期1回目	年 月 日		ポリオ	2回目	年 月 日		
	1期2回目	年 月 日			3回目 (不活化ワクチンの場合)	年 月 日		
	1期3回目	年 月 日			追加 (不活化ワクチンの場合)	年 月 日		
	1期追加	年 月 日			1期1回目		年 月 日	
麻しん風しん(MR) 混合第1期		年 月 日		日本 脳炎	1期2回目		年 月 日	
麻しん風しん(MR) 混合第2期		年 月 日			1期追加		年 月 日	

## ○家庭 ⇄ 学校（現在治療中の病気やけががあれば詳しくご記入ください。ない場合はなしに○をしてください。）

学年	平熱	なし	連絡事項
例	36.5℃	場合 ない ○	喘息で月2回〇〇病院に通院し、毎日（朝）薬を飲んでいる。発作時以外は運動制限なし。 〇〇で食物アレルギーを起こす。〇〇の汁にも反応するため飲ませない。 イライラして落ち着かないことが多い。骨折のため災害報告継続申請中。
小1			
小2			
小3			
小4			
小5			
小6			
中1			
中2			
中3			

年 月 日

保護者 様

学校長

健康診断のお知らせ

お子さまの健康保持増進を図り、よりよい学校生活を送れるようにするため、そして潜在する病気を早期発見するため、下記のとおり健康診断を実施します。御協力をお願いします。（該当する項目の□にレ印をつけています）

## 記

## 1 検査項目と日時

番号	検査項目	実施日				対象学年
		月	日	曜日	時間	
<input type="checkbox"/> 1	内科検診					
<input type="checkbox"/> 2	身体測定					
<input type="checkbox"/> 3	歯科検診					
<input type="checkbox"/> 4	眼科検診					
<input type="checkbox"/> 5	耳鼻科検診					
<input type="checkbox"/> 6	聴力検査					
<input type="checkbox"/> 7	視力検査					
<input type="checkbox"/> 8	尿検査					
<input type="checkbox"/> 9	心電図検査					

## 2 お 願 い

## ○身体測定・内科検診の時

※前日は、お風呂に入って体をきれいにし、つめを切っておいてください。

※自分で、脱いだり着たりできる服を着せてください。

※服や下着に名前を書いておいてください。

## ○歯科検診の時

※朝食後、必ず歯磨きをさせてください。

## ○耳鼻科検診の時

※前日までに、耳掃除をしておいてください。

## 3 その他

検査の結果については、後日連絡します。



## 保健調査票(歯科用)

年	組	氏名
---	---	----

歯、歯肉、歯並び、かみ合わせ、顎関節、歯垢の状態などを検査します。  
 あてはまるものに○をつけてください。  
 学校歯科医に相談したいことがある方は、記載してください。

## I 自分の歯、歯肉、顎のチェック項目について

1. 口を開け閉めした時に、あごの関節で音がすることがありますか。  
 ( はい ・ いいえ )
2. 口が開きにくかったり、開く時に痛みを感じたりすることがありますか  
 ( はい ・ いいえ )
3. 歯並びが気になりますか。 ( はい ・ いいえ )
4. 歯肉から血がでますか。 ( はい ・ いいえ )
5. 歯が痛んだり、しみたりしますか。 ( はい ・ いいえ )
6. 食べ物が飲み込みにくいことがありますか。 ( はい ・ いいえ )
7. 口の臭いが気になりますか。 ( はい ・ いいえ )
8. COを知っていますか。 ( はい ・ いいえ )
9. GOを知っていますか。 ( はい ・ いいえ )

<b>【学校歯科医さんに相談したいこと】</b>
--------------------------

保護者様

学校名 \_\_\_\_\_

校長名 \_\_\_\_\_

## 歯・口の健康診断結果と受診のおすすめ

年 組 氏名 \_\_\_\_\_

月 日 に行いました歯・口の健康診断の結果は、下記の○印のとおりです。

異常なし		健康診断の時には、特に問題は見つかりませんでした。これからもこの状態を保つために、フッ化物配合歯磨剤を用いた丁寧な歯みがき（糸ようじの使用）と規則正しい生活習慣（食生活）に注意し、また、定期的にかかりつけ歯科医の指導・管理を受けて、歯・口の健康づくりに心がけましょう。
------	--	--

【経過観察のみに○印のある人】は、各家庭でのフッ化物配合歯磨剤を用いた丁寧な歯みがき（糸ようじの使用）と規則正しい生活習慣（食生活）に十分な注意をして、様子を見て下さい。また、かかりつけ歯科医による継続的な指導・管理を受けられることもおすすめします。

経過観察		C O	むし歯に進行する可能性が高いむし歯になりかけの歯があります。（乳歯・永久歯）
		G O	歯肉に軽度の腫れや出血があります。歯肉炎に進行する可能性があります。
		歯垢の付着	歯みがきが不十分で歯垢がついています。
		歯列・咬合・顎関節	少し気になりますが様子を見て下さい。

【下の欄に○のある人】は、早めに治療や検査等を受けられることをおすすめします。

治療および相談が終わりましたら、受診結果をかかりつけ歯科医に記入していただき、学校に提出して下さい。

受診をおすすめします	疾病異常	説明	受診結果
	C0 要相談 (C0-S)	むし歯になっている可能性の高い歯があります。（乳歯・永久歯）	治療終了・経過観察
	むし歯 (C)	穴のあいた状態のむし歯があります。（乳歯・永久歯）	治療終了・経過観察
	歯肉炎 (G)	歯の周囲に歯石が沈着し、歯肉炎があります。	治療終了・経過観察
	歯石の沈着	歯肉炎はありませんが、歯の周囲に歯石がついています。	治療終了
	歯列・咬合の不正	歯並び・かみ合わせに著しい乱れが認められます。	治療開始・経過観察
	顎関節の異常	あごの関節に症状がみられます。	治療終了・経過観察
	要注意乳歯	永久歯のはえる場所に乳歯がまだ残っている状態です。	治療終了・経過観察
	歯垢の付着	歯の表面や、はえはじめの奥歯に多量の歯垢がついています。	治療終了・経過観察
	その他		治療終了・経過観察

かかりつけ歯科医の先生へ

平成 年 月 日

今一度、精密検査の上、ご治療の程お願い申し上げます。 医療機関名  
ご面倒ですが、治療、相談の結果をご記入下さい。

歯科医師名 \_\_\_\_\_ (印)

## 保護者の皆様へお願い

上記受診のおすすめの項目のうち、「歯列・咬合の不正」の歯列矯正治療は保険外診療になります。

「歯列・咬合の不正」に○印がある場合で、治療や相談を希望されない場合は、お手数ですが、

下記の保護者氏名欄に保護者名を署名され、学校に提出して下さい。 平成 年 月 日

今回は「歯列・咬合の不正」の治療・相談をみあわせませす。 保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

表

## 眼科検診問診票

この「眼科検診問診票」は、学校でお子様が眼科検診を受ける必要があるかどうかの判定の参考とするためのものです。ありのままをご記入ください。

年 組 番 氏名

該当する項目に○印をして下さい。

	問 診 内 容	○印
1	目やにがよくでる。	
2	目がかゆいことがしばしばある。	
3	目が赤いことがよくある。	
4	目が痛いことがよくある。	
5	黒板の字が見にくい。	
6	眼鏡を使っている。	
7	コンタクトを使っている。	
8	間違えやすい色、区別がつきにくい色がある。(例:緑色・赤色など)	
9	1年以内に眼科を受診したことがありますか。	
	あったとすれば、どんな症状で受診されましたか。 ( )	
10	眼科医へ相談したいことがありますか。	
	どんな内容ですか。 ( )	
11	その他、心配なことがあれば記入してください。 ( )	

裏面にも記載事項があります。

13	上の1～10について、○印をする項目がありません。 また、裏面の12について、○印をしました。	
----	--	--

※ 学校で記入します。

視力検査 結 果	裸眼 ・ メガネ ・ コンタクト (該当項目に○)				
	該当項目の 視力	右	(	A B C D	)
		左	(	A B C D	)

検査結果	異常なし ・ 経過観察 ・ 要受診 ( ) その他( )
------	---------------------------------





## 色覚検査について

先天性色覚異常は男子の約5%（20人に1人）、女子の約0.2%（500人に1人）の割合で見られます。

日常生活にはほとんど不自由はありませんが、色を使った授業の一部が理解しにくいことがあるため、学校生活では配慮が望まれます。

本人には自覚がない場合が多く、保護者もそのことに気づいていない場合が少なくありません。授業や職業、進路選択するにあたり、自分自身の色の見え方を知っておくためにも検査は大切です。

以上の内容についてご理解いただき、色覚検査について希望を下の項目に○印をお願いします。

	色覚検査について	○印
12	希望します。	
	希望しません。	

保護者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

保護者様

学校名  
校長名

## 眼科検診結果のお知らせ

年 組 氏名 \_\_\_\_\_

眼科検診の結果、お子さまには下記○印の病気の疑いがありますので、お知らせします。  
なお、治療が完了しましたら、担任へお知らせください。

	病 名		病 名
	慢性結膜炎		霰粒腫
	アレルギー性結膜炎		麦粒腫
	口胞性結膜炎		春季カタル
	眼 瞼 炎		白 内 障
	眼 瞼 内 反 症		

- 1 できるだけ早く診察を受けてください。
- 2 症状が出てきたときは、受診してください。

## 診察結果及び指示事項

診断結果（診断名等）		
医師の指示事項		
プールでの水泳 (○をつけてください)	許 可	禁 止

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名 \_\_\_\_\_







平成 年 月 日

保護者様

学校長

## 耳鼻咽喉科検診結果のお知らせ

年 組

耳鼻咽喉科検診の結果、○印の病気の疑いがあります。なるべく早く耳鼻咽喉科専門医の診察を受けてください。診ていただいた方は、下記の診察結果を学校に提出してください。

- ・耳垢 栓 塞 : 鼓膜が見えないほど耳垢がたまっています。このままで水泳をすると外耳炎を起こしやすくなります。水泳が始まる前に、耳鼻咽喉科でとってもらってください。
- ・慢性中耳炎 : 鼓膜に穴があいていて、耳だれが出たり、聞こえが悪くなったりします。水泳が始まる前にみてもらってください。
- ・滲出性中耳炎 : 耳だれや痛みはあまりないですが、聞こえが悪くなります。
- ・難聴の疑い : 難聴の程度や原因を調べてもらってください。
- ・アレルギー性鼻炎 : クシャミ、鼻汁、鼻づまりが主症状で、通年性に集中力の低下や睡眠障害を起こしたり、成長が遅れたりすることがあります。花粉症もそのひとつです。
- ・副鼻腔炎 : いわゆる蓄膿症です。鼻づまり、ねばい鼻汁、頭重などを起こします。
- ・鼻中隔彎曲症 : 交代性の鼻づまりが特徴的症状で、鼻出血や頭重などをおこしやすい。
- ・慢性鼻炎 : 鼻づまり、鼻汁などが起こります。かぜの続きや副鼻腔炎の軽いものかもしれません。
- ・扁桃炎 : 慢性的な炎症があり、発熱やのどの痛みが反復しやすいようです。
- ・扁桃肥大 : 軽い呼吸の障害や大きな食物が飲みにくいことなどが起こりやすくなります。いびき、睡眠時無呼吸の原因になることがあります。
- ・アデノイド : 鼻の後ろにある扁桃腺が年齢的に大きく、鼻づまり、いびき、睡眠時無呼吸、反復性中耳炎などの原因になることがあります。
- ・音声異常、言語異常 : 声がれや話し言葉に異常があります。

## 診 察 結 果

年 組 氏名

## 診 断 結 果

処 置 (1) このまま様子を見る (2) 現在治療中 (3) 治療済 (4) その他

水 泳 (1) 許可 (2) 耳栓使用で許可 (3) その他

連絡事項

平成 年 月 日

医師名

年 月 日

保護者 様

学校長

### 尿検査のお知らせ

お子さまの潜在する病気の早期発見のため、次の検査を実施しますのでお知らせします。  
(該当する事項の□にレ印をつけています)

#### □尿検査

- 1 目的 腎臓病や糖尿病などの早期発見のために行います。
- 2 持って来る日 ( ) 月 ( ) 日  
忘れた時は ( ) 月 ( ) 日に持ってきてください。
- 3 提出場所 □教室 □保健室
- 4 対象 全学年
- 5 尿の取り方
  - (1) 検査を実施する朝、起きたらすぐ尿を取ります。出始めは取らずに、途中から容器に採ります。
  - (2) 容器の目盛りまで入れてください。
  - (3) フタをしっかり締め、袋に入れてください。(学校から、袋、容器を配ります。)
- 6 二次検査の必要な場合は、お知らせします。





保護者様

子どもたちが楽しく意義ある学校生活を送るには、健康に気をつけなければなりません。ことに心臓に病気のある子どもの健康管理は大切です。それゆえ、心臓検診は健康診断の中で、特に重点がおかれています。この調査はその検診を行うために是非必要ですので、保護者の皆様のご協力をお願いします。  
\*記入上の注意：質問1～4についてあてはまるものを○で囲み、空欄は書き入れて下さい。

検診日 平成 年 月 日

学校長

学校名	年 組 番	ふりがな 氏名	性別	生年月日 平成 年 月 日
-----	-------	------------	----	------------------

**質問1 最近、次のようなことがありますか？**

- a 何もないのに急に心臓が早く(いつもの倍ほど)打つことがある・・・( はい いいえ )  
 b すこしの運動でうずくまる・・・( はい いいえ )  
 c 運動時に胸がしめつけられるように苦しくなる・・・( はい いいえ )  
 d ときどき脈がとぎれる・・・( はい いいえ )  
 e 安静時、運動中、運動直後に気を失ったことがある・・・( はい いいえ )  
 f 階段を普通の速さでのぼっても、どうきや息切れがする・・・( はい いいえ )

**質問2 今までに医療機関または検診で「心臓が悪い」「所見がある」といわれたことがありますか？**

「はい」の方は1)～4)の質問にお答えください ( はい いいえ )

- 1) 何といわれましたか？ (該当するものに○をつけて詳しい病名を記入してください)  
 a 先天性心疾患 b 不整脈 c 心筋疾患 d 心雑音 e 心電図異常 f リウマチ性心臓病  
 g その他 病名 \_\_\_\_\_
- 2) いつ、どこでいわれましたか？  
 いつ ( 歳 カ月頃) どこで 1)医療機関名： \_\_\_\_\_ 2)学校検診： \_\_\_\_\_ 年生の時
- 3) その後どうしていますか？  
 a 精密検査を受けて「管理不要」または「異常なし」といわれた 医療機関名： \_\_\_\_\_ 平成 年 月  
 b 定期的に医療機関を受診している  
 現在の医療機関名： \_\_\_\_\_ ( 回 / 年) 通院中 管理区分：A B C D E (可禁)  
 c 受診していないまたは放置
- 4) 心臓の手術は受けましたか？  
 a はい → 最後の手術はいつ、どこで受けましたか？  
 b いいえ → 平成 年 月頃 医療機関名： \_\_\_\_\_

**質問3 川崎病にかかったことがありますか？**・・・( はい いいえ )

「はい」の方は①～③の質問にお答えください

- 1) いつ、どこで診断されましたか？ ( 歳 カ月頃) 医療機関名： \_\_\_\_\_
- 2) 心エコー検査の結果はどうでしたか？  
 a 異常なし b 一時的に冠動脈がはれた c 今も冠動脈病変あり d 受けていない
- 3) 現在どうしていますか？  
 a 定期的に医療機関を受診している  
 現在の医療機関名： \_\_\_\_\_ ( 回 / 年) 通院中 管理区分：A B C D E (可禁)  
 b 定期的受診や治療が必要であるといわれたが受診していない  
 c 検査の結果「管理不要」終了となった 平成 年 月頃 医療機関名： \_\_\_\_\_

**質問4 家族や親戚の中に40歳以下で、心臓が原因で急死、または原因不明で急死した人がいますか？**

( はい いいえ )

## 結核健康診断問診票

記入日 平成 年 月 日

学校 年 組 番	氏 名
----------	-----

各質問の該当する項目に○を記入してください。

質 問 内 容		どちらかに○をつけてください	
質問 1	このお子さまが、過去2年以内に結核性の病気（例、肺浸潤、 <sup>はいしんじゅん</sup> 胸膜炎又はろくまく炎、 <sup>えん</sup> 頸部リンパ節結核）にかかったことがありますか？	は い 平成 年 月頃	いいえ
質問 2	このお子さまが、過去2年以内に結核にかかったとして予防のお薬を飲んだことがありますか？	は い 平成 年 月頃	いいえ
質問 3	家族や同居人で、過去2年以内に結核にかかった人がいますか？	は い 平成 年 月頃	いいえ
質問 4	このお子さまが、過去3年以内に通算して半年以上、外国に住んでいたことがありますか？	は い 平成 年 月頃	いいえ
補 問	*質問4で「はい」と答えた方へ		
4-1	それはどこの国ですか？ [ ]		

質問 5	このお子さまは、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
補 問	*質問5で「はい」と答えた方へ		
5-1	このお子さまは、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
5-2	このお子さまは、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については小学校1年生のみお答えください。

質問 6	このお子さまは、いままでBCGの接種（スタンプ式の予防接種）をうけたことがありますか？母子手帳を参考にご記入ください。	は い	いいえ
補 問	*質問6で「いいえ」と答えた方へ		
6-1	それはどうしてですか？	ツベルクリン反応検査が陽性だったため	その他の理由で

保護者の方は記入しないでください。

結核精密検査の指示（学校医等による所見）	
要	不要 [ 理由 ]

（保護者の方へ）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御了解ください。

## 結核精密検査 受診票

記入日：平成 年 月 日

本人氏名				保護者氏名				
生年月日	平成	年	月	日	学年		年齢	
住 所						電話番号		
現在の健康状態								
本人または家族の結核既往の有無								
本人の呼吸器系疾患の既往								
ツ反歴	平成	年	月	日	判定	+	-	( × mm)
	平成	年	月	日	判定	+	-	( × mm)
	平成	年	月	日	判定	+	-	( × mm)
	平成	年	月	日	判定	+	-	( × mm)
BCG接種歴		あり なし						
		最終接種日 平成 年 月 日						

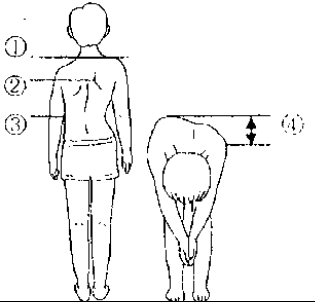
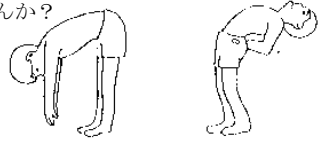
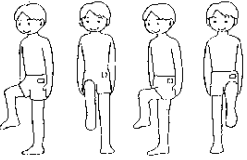

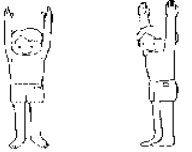
## 注意


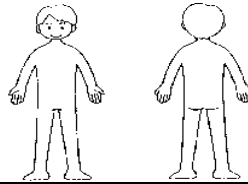
- ・ 本人の現在の健康状態については、熱、咳、痰、体のだるさ、頭痛等の有無を、検診日当日にわかるようにしておいてください。
- ・ ツ反歴は、ツベルクリン注射の実施日を記入してください。  
判定は、二重発赤があればその内径、水泡等があればその旨も記入してください。
- ・ BCG接種歴、BCG接種日について、乳幼児期については母子手帳等で確認してください。
- ・ 検査当日は、この受診票と母子手帳を御持参ください。

運動器検診保健調査票

年 組 番 名前 男 ・ 女

※保護者の方へ・・・太枠のみ記入してください。当てはまる番号等に○を付けてください

現在取り組んでいるスポーツ(バレエ、ダンスを含む):なし あり(スポーツ名 )運動歴 年		
1) 脊柱側湾症について	保護者記入欄	検診時記入欄
	4つのチェックポイント ① 両肩の高さに差がある ② 両肩甲骨の高さ・位置に差がある ③ 左右の脇線の曲がり方に差がある ④ 前屈した左右の背面の高さに差がある	【異常所見】 あり
2) 次に気が付くことがありましたら、チェックしてください。		
身体をそらしたり、曲げたりしたときに腰に痛みが出ませんか? 	【前屈】 ① 痛まない ② 痛む 【後屈】 ① 痛まない ② 痛む	【異常所見】 あり
5秒以上片脚立ち(左右交互にやって下さい)片脚立ちすると体が傾いたり、ふらついたりしませんか。 	【左脚立ち】 ① 異常なし ② ふらつく ③ 立てない 【右脚立ち】 ① 異常なし ② ふらつく ③ 立てない	【異常所見】 あり
しゃがみこみ 足の裏を全部床につけて完全にしゃがめますか。 	① しゃがめる ② しゃがめない	【異常所見】 あり
バンザイした時、両腕が耳につきますか。 	左腕 ① つく ② つかない 右腕 ① つく ② つかない	【異常所見】 あり

手のひらを上に向けて腕を伸ばした時完全に伸びない、完全に曲がらない(指が肩につかない)ことはありませんか。 	左肘 ① 異常なし ② 完全に曲がらない ③ 完全に伸びない 右肘 ① 異常なし ② 完全に曲がらない ③ 完全に伸びない	【異常所見】 あり
3) からだのどこかに気になることはありませんか。		
骨・関節・筋肉などについて、症状のある部位に○をつけ、その症状について具体的に書いてください。 	【症状】	【異常所見】 あり
4) その他からだや手・足で気になることがありましたら、自由にお書きください。		
5) 現在、上記の質問項目について治療中である。いいえ・はい(疾病名 )		

※以下の欄については記入しないでください。

【 精密検査指示 あり ・ なし 】

検診結果のお知らせ

平成 年 月 日

保護者 様

学校長

運動器検診の結果、整形外科医を受診し精密検査等を受けることをお勧めします。受診した結果を下記に記入していただき、学校へ提出してください。

\*受診の際には、この運動器検診保健調査票と保険証等(お持ちの方)を必ずご持参ください。

診 断 結 果

診断名 ( )  
 今後の指導等 ( )  
 平成 年 月 日  
 診察医氏名