

保健連絡票 秘 小平市立 花小金井南中学校

※この保健連絡票は3年間使用します。大切に扱ってください。
 ※連絡先が変わられた場合、赤で訂正をお願いします。年度途中の場合

医療機関受診の際に必要な
 情報のため必須記入です。

学年	組	番号	ふりがな	ハナコガネイ タロウ	生年月日
1年	1	1	氏名	花小金井 太郎	平成・令和 24年 4月 2日
2年			住所	小平市花小金井南町 1-9-1	自宅電話番号
3年					042-465-0451

※緊急時に必ず連絡の付く連絡先をご記入ください。

緊急連絡先	ふりがな		氏名 (続柄)		連絡先及び電話番号	
	第1連絡先	はなこがねい みなみ 花小金井 南 (母)		勤務先:	03 (〇〇〇)△△△	
				携 帯:	000 (□□□□)△△△△	
	第2連絡先	はなこがねい いちろう 花小金井 一郎 (父)		勤務先:	042 (□□□)△△△	
				携 帯:	000 (〇〇〇〇)△△△△	
	第3連絡先	日中、必ず連絡のつく連絡先を複数記入。				
	連絡先変更時			勤務先:	()	
		()		携 帯:	()	
かかりつけ医療機関	内科・小児科	名称:	〇〇小児科	電 話:	()	
	整形外科	名称:	△△整形外科	電 話:	()	
	歯科	名称:		電 話:	()	
	眼科	名称:		電 話:	()	

※感染症について母子手帳を見てご記入ください。

感染症	麻しん・風しん 混合MR (はしか) (3日ばしか)	三種混合 DPT (ジフテリア・百日咳・破傷風)	BCG (結核)	水ぼうそう (水 痘)	おたふく かぜ (流行性耳下腺炎)	日本脳炎	ヒトパピ ローマ ウイルス 感染症
予防接種 接種したら○	第1期	1回目	1回目	1回目	1回目	第1期	1回目
	第2期	2回目		2回目	2回目	第2期	2回目
	未接種	3回目・追加 2期(二種DT)				未接種	3回目
既往歴 (罹患年齢)	はしか(麻しん) 才	3日ばしか(風しん) 才	才	才	才	才	5 才

※健康上のことで学校に知らせておきたいことがありましたら記入してください。

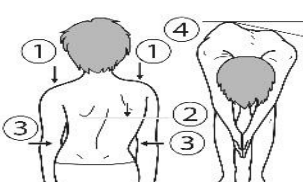
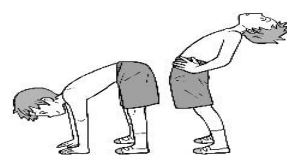
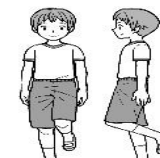
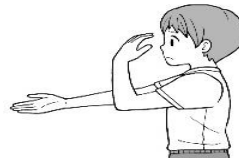
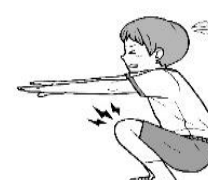
1年生	2年生	3年生
喘息があるため、吸入器を持参します。		
健康上、学校に知らせたいことがある場合は記入。 ない場合は「特になし」と記入。		

※既往症(該当する場合は「○印」と必要事項、該当しない場合は「斜線/」を記入してください。)

項 目	発病	1 年	2 年	3 年
1. 心臓疾患()	オ	/		
2. 腎臓疾患()	オ	/		
3. 大きなけがや病気 ()	オ	/		
4. 気管支喘息と診断されたことがある	9 オ			
4-2 1年以内に医療機関で治療・経過観察中である		あり・なし	あり・なし	あり・なし
5. 脳波異常 : 服薬(あり なし)	オ			
6. 食物アレルギー(りんご)	10 オ			
6-2 内服薬: あり ・なし)エピペン: あり ・なし)				
7. 薬品アレルギー()	オ	/		
8. アトピー性皮膚炎と診断されたことがある	オ	/		
8-2 1年以内に医療機関で治療・経過観察中である		あり・なし	あり・なし	あり・なし
9. アレルギー性鼻炎と診断されたことがある	12 オ			
9-2 1年以内に医療機関で治療・経過観察中である		あり・なし	あり・なし	あり・なし
10. アレルギー性結膜炎と診断されたことがある	オ	/		
10-2 1年以内に医療機関で治療・経過観察中である		あり・なし		
11. 2週間以上「せき」や「たん」が続く		あり・ なし		
12. 本人・家族・同居人で1年以内に結核感染があった		あり・ なし		
13. 1年以内に結核の予防薬を服用したことがある		あり・ なし		
14. 海外居住経験 国名【 アメリカ 】 令和2年 4月～ 令和3年 3月				

11～14は結核検診に関する内容のため必須記入です。

※運動器検診保健調査(当てはまるものに○印をお願いします。)

	1年	2年	3年	4年	5年	6年		
1 背骨が曲がっている 	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	4 が耳につかない 	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
2 腰を曲げたり反らすと痛みがある 	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	5 片脚立ちが5秒以上できない(両足確認する) 	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
3 腕、脚を動かすと痛みがある 	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	6 足の裏をつけてしゃがみこみができない 	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
※上記の当てはまる運動器症状について、医師の診察を受けている。						×		

運動器検診に関する内容のため必須記入です。

