

保健連絡票 (記入例)

お子さまの健康状態について、ご家庭との情報共有と在学中のけがや体調不良時の連絡に使用すると共に学校で行う健康診断の資料にします。また、医療機関で治療を受ける際や災害が発生した際、こちらに記載されている内容を各関係機関に提供する場合があります。あらかじめご了承ください。
 ※緊急連絡先等、年度途中に変更がある場合は、学校までお知らせください。

よろしく
 お願いします！



保健連絡票 (秘) 小平市立 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。年度途中の場合は随時ご連絡ください。

学年	組	番号	ふりがな	こと	じろう	生年月日
1年	A	17	氏名	小平	次郎	平成 30年 4月 3日
2年			住所	小川東町	1-17-1	自宅電話番号
3年						

該当する学年の組と番号を記入してください。

※緊急時に必ず連絡の付く連絡先をご記入ください。

優先順位	ふりがな氏名	続柄	連絡先 (携帯電話・勤務先・自宅等)	電話番号
1	はなこ 花子	母	携帯電話 勤務先	080 〇〇〇〇 042 〇〇〇
2	たろう 太郎	父	携帯電話 携帯電話(仕事)	080 △△△△ 070 △△△△
3	よしこ 良子	祖母	携帯電話 自宅	090 〇〇〇〇 042 〇〇〇
連絡先変更時				

上から順に連絡します。お仕事をされている方は、勤務先の電話番号を必ずご記入ください。(必要に応じて、内線や所属等もご記入ください。)

※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	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
予防接種 接種したら	第1期 第2期 未接種	1回目 2回目 3回目・追加 期(二種DT)	1回目	1回目 2回目	1回目 2回目	第1期 第2期 未接種
既往歴 (罹患年齢)	オ	オ	オ	オ	オ	オ

※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
アレルギー性結膜炎のため、定期的に通院しています。		

※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.	大きなけがや病氣()	オ			
4.	気管支喘息と診断されたことがある	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()	オ			
6-2	内服薬:(あり・なし)エビペン:(あり・なし)		あり・なし	あり・なし	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	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	あり・なし	あり・なし
11.	2週間以上「せき」や「たん」が続く		あり・なし	あり・なし	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	あり・なし	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	あり・なし	あり・なし
14.	海外居住経験 国名【 】 年 月 ~ 年 月				

1~10について
 該当する学年の欄に記入してください。
 特になければ斜線/を記入してください。

11~13について
 該当する学年の欄に記入してください。
 どちらかに○をつけてください。

※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		1年	2年	3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	4	パンザイした時、両腕が耳につかない	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	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	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。							はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ

該当する学年の欄に記入してください。
 1~6について
 どちらかに○をつけてください。