

様式3 (表面)

保健調査票

氏名					性別	男・女	
生年月日	平成 年 月 日				血液型	型 Rh ( + ・ - )	
緊急連絡先	①TEL _____ 続柄：				保 険 証 番 号		
	②TEL _____ 続柄：						
	③TEL _____ 続柄：						
保護者について	氏名 _____ 続柄：				住所 _____ TEL：		
既往症 ※これまで に罹ったこ とのある病 気の番号に ○をし、そ の年齢を記 入してくだ さい。	1	はしか (麻疹)	才	10	喘息・慢性気管支炎	才	
	2	三日はしか (風疹)	才	11	耳【病名 _____】	才	
	3	おたふく風邪 (流行性耳下腺炎)	才	12	鼻【病名 _____】	才	
	4	水ぼうそう (水痘)	才	13	心臓病【病名 _____】	才	
	5	川崎病	才	14	その他		
	6	腎臓病	才		【病名 _____】	才	
	7	肝臓病	才		【病名 _____】	才	
	8	糖尿病	才		【病名 _____】	才	
	9	けいれん・ひきつけ	才		【病名 _____】	才	
予防接種 について	種 類	接 種 時 期		接種の有無		副反応の有無	
	麻疹・風疹	1歳から2歳の間		した・しない		有 無	
		5歳から7歳の間		した・しない		有 無	
	BCG	生後6ヶ月までの間		した・しない		有 無	
	おたふく風邪	生後12~15ヶ月までの間		した・しない (回数：1回・2回)		有 無	
	水ぼうそう	生後12~15ヶ月までの間		した・しない (回数：1回・2回)		有 無	
	三種混合 (ジフテリア・百日ぜき・破傷風)	生後3~11ヶ月までの間		した・しない		有 無	
生後12ヶ月~7歳半		した・しない		有 無			
アレルギー について	食物アレルギー	なし・あり (食品名： _____ ) (症 状： _____ )					
	薬物アレルギー	なし・あり (薬品名： _____ ) (症 状： _____ )					
	その他	なし・あり (原因物質： _____ ) (症 状： _____ )					
	学校給食等で気をつけてほしいことがあればご記入ください。						

様式3（裏面）

体の様子（次の項目に当てはまるものがあれば○印を記入してください）

区分	項 目	小1	小2	小3	小4	小5	小6
内          科	1 熱が出やすい						
	2 頭痛をおこしやすい						
	3 腹痛をおこしやすい						
	4 吐きやすい						
	5 下痢をしやすい						
	6 便秘しやすい						
	7 動悸や息切れがある						
	8 立ちくらみや貧血をおこしやすい						
	9 湿疹やじんましんがしやすい						
	10 喘息がしやすい						
	11 風邪をひきやすい						
	12 疲れやすい						
	13 登校時、心身の異常を訴えることがある						
	14 朝起きにくく、午前中調子が悪いことがある						
眼    科	15 遠くを見るときに目を細める						
	16 目やにがよく出たり、充血しやすい						
	17 よく目がかゆくなる						
	18 目がかわきやすい						
	19 眼鏡（コンタクト）を使用し始めた時期						
耳 鼻 咽 喉 科	20 耳が聞こえにくい（右・左）						
	21 中耳炎になりやすい						
	22 風邪をひいていなくても鼻がつまる						
	23 鼻血が出やすい						
	24 へんとう腺がよく腫れる						
	25 普段、口を開けていることが多い						
歯     科	26 歯が痛むことがある						
	27 歯ぐきが腫れたり、出血しやすい						
	28 冷たいものが歯にしみる						
	29 あごの関節が痛むことがある						
	30 歯ならびで心配なところがある						
	31 口のおいが気になる						
その他							

※本文書の内容については、留学生の健康・安全を確保する目的のみに使用し、留学決定後は、学校にも情報を提供します。