様式３（表面）

保健調査票（部外秘）

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： ②TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄： ③TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄：	保　険　証　番　号	
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(ｼﾞﾌﾃﾘｱ・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〇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でやすい						
	10	喘息がでやすい						
	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	口のにおいが気になる						
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。