



保健調査票

この調査はお子様の心身の健康状態について調べ、学校で行う健康診断の資料にするとともに、在学中の健康管理の参考にするものです。他人に漏れることはありませんので、正確に記入してください。

↑
記入しなくてもかまわない。(必須ではない)

ふりがな		血液型		男 ・ 女		
児童生徒氏名		型	RH (-) (+)	年	月	日生

自宅 電話 番号	()	自宅 住所									
	()		変更の場合								
学校名		学年	小1	2	3	4	5	6	中1	2	3
		組									
		番号									
		保護印									

緊急時の連絡先 (日中連絡が取れる電話番号をご記入ください。)

	電話番号	該当するものに○印をし、必要事項を記入	続柄	氏名
1	()	自宅・勤務先名 () 携帯・その他 ()		
2	()	自宅・勤務先名 () 携帯・その他 ()		

かかりつけの医療機関

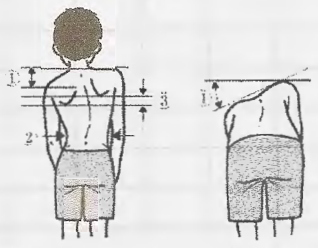
内科	眼科
外科	歯科

症状		小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
整形 外科	39 背骨が曲がっている									
	40 腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある									
	41 腕、脚を動かすと痛みがある									
	42 腕、脚に動きの悪いところがある									
	43 片脚立ちが5秒以上できない									
	44 しゃがみこみができない									

※ 整形外科の項目については、下記のチェック方法を参考にしてください。

家庭での整形外科項目のチェック方法

39 背骨が曲がっているか



1 肩の高さ 2 ウエストライン(脇線)
3 肩甲骨の位置 4 肋骨隆起

40 腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがあるか



屈曲時の痛み 伸展時の痛み

42 腕、脚に動きの悪いところがある



両腕を伸ばすと、片方だけまっすぐ伸びない。

43 片脚立ちが5秒以上できない



片脚立ちするとき、ふらつく、ふらつく。

44 しゃがみこみができない



ふらつく、後ろに転ぶ、しゃがむと痛みがある。

6. 現在治療中または病院で経過観察を受けている病気やけが、その他学校に知らせておきたいことがあれば記入してください。特にない場合は、「なし」か斜線を引いてください。

学年	
小1	
小2	
小3	
小4	
小5	
小6	
中1	
中2	
中3	