



# 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		<del>血液型</del>		男 ・ 女		
児童生徒氏名		<del>型</del>	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(腰線)  
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

片脚立ちをする時、ふらつく、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	