



# 保健調査票

	1年	2年	3年
組			
番			

荒川区立 第三 中学校

ふりがな	
生徒氏名	

## ◆かかりつけの医療機関名

内科・小児科	医療機関名	TEL
外科・整形外科	医療機関名	TEL
眼科	医療機関名	TEL
耳鼻科	医療機関名	TEL
歯科	医療機関名	TEL
その他	医療機関名	TEL

### 保護者のみなさまへ

この保健調査票は、お子様が中学に入学されてから卒業されるまでの3年間を通じて活用するものです。

保護者の方ができるだけ正確にご記入ください。

なお、年度の始めにご家庭にお返ししますので、その時点で確認・再記入をお願いいたします。

### I. 緊急連絡先等

ふりがな		性別	生年月日		
生徒氏名		男・女	平成	年	月 日
現住所	〒	保護者氏名			
		自宅電話番号	( )		
変更後	〒	TEL ( )			
緊急連絡先	※必ず日中連絡のつく、連絡先等の名称と電話番号を記入してください。		《変更後》		
第1連絡先	名称	名称			
	TEL ( )	TEL ( )			
第2連絡先	名称	名称			
	TEL ( )	TEL ( )			
保険証の種類	国保 ・ 社保 ・ その他				

### II. 予防接種歴と今までにかかった主な感染症

予防接種名	接種した回数 ○をつけてください。	かかった年齢
日本脳炎	1回目・2回目・3回目・追加	才
三種混合[DPT] (ジフテリア・百日咳・破傷風)	1回目・2回目・3回目・4回目	ジ
四種混合[DPT-IPV] (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)		百
二種混合[DT] (ジフテリア・破傷風)	1回目・追加	破
ポリオ [(生)OPV]	1回目・2回目	才
麻疹 (はしか)・風疹 (三日はしか) 混合 [MR]	1回目・2回目	
麻疹 (はしか)		才
風疹 (三日はしか)		才
水痘 (みずぼうそう)	1回目・2回目	才
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	1回目・2回目	才
小児肺炎球菌性肺炎	1回目・2回目・3回目・4回目	才
インフルエンザ桿菌 (ヒブ感染症)	1回目・2回目・3回目・4回目	才
BCG	1回目・追加	結核

### III. 既往歴 ※該当する箇所に病名、年齢、○印を記入してください。

病名	初めて発症した年齢	現在の状況 ○をつけてください。		
		治療中	経過観察	完治
心臓疾患 (病名 )	才			
腎臓疾患 (病名 )	才			
川崎病	才			
てんかん	才			
けいれん・ひきつけ	才			
その他 (病名 )	才			
手術を受けたことがある (才)		交通事故にあったことがある (才)		
傷病名 : [ ]		けがの状況 [ ]		
部位 : [ ]		その他のけが (才)		
術後の経過 : [ ]		けがの状況 [ ]		

#### IV. アレルギーについて

疾患名	初めて発症した年齢	現在の状況 ○をつけてください。		
		定期的に受診中	経過観察	完治
気管支ぜんそく	才			
アレルギー性皮膚疾患 (例：じんましん、アトピー性皮膚炎など)	才			
アレルギー性眼疾患 (例：アレルギー性結膜炎、花粉症など)	才			
アレルギー性鼻疾患 (例：アレルギー性鼻炎、花粉症など)	才			
食物アレルギー (原因食材： )	才			
薬品アレルギー・その他 (原因物質： )	才			
緊急時に備えて持参する薬がある場合は記入してください。				

#### V. 最近の健康状態

※該当するところに○印を記入してください。

平熱：

症状		1年	2年	3年
内科	めまい、立ちくらみをよくおこす			
	乗り物に酔いやすい			
	頭痛をよくおこす			
	腹痛をよくおこす			
耳鼻科	耳の聞こえが悪い			
	中耳炎をよくおこす			
	鼻血が出やすい			
	口をポカンと開けていることが多い			
	扁桃腺が腫れやすい			
眼科	めがねをかけている			
	コンタクトレンズをしている			
	目が疲れやすい			
	目やにが多く出る			
歯科	歯ぐきから出血しやすい・歯ぐきがよく腫れている			
	口臭が気になる			
	歯並びが気になる			

#### VI. 学校生活上の配慮・連絡事項

	1年生	2年生	3年生
定期的に検査や相談・治療を受けていること	(有・無)	(有・無)	(有・無)
運動・生活上禁止または制限されていること	(有・無)	(有・無)	(有・無)
その他、学校に知らせておきたいこと (常用薬など)	(有・無)	(有・無)	(有・無)

裏面も記入してください。

運動器検診調査票

生徒氏名

保護者氏名

1) 脊柱側弯症		次に気がつくことがあつたら、○をつけてください。			1年	2年	3年
	① 肩の高さに差がある						
	② 肩甲骨の高さ・位置に差がある						
	③ 左右の脇線の曲がり方に差がある						
	④ 前屈した左右の背面の高さに差がある						
	⑤ 異常なし						
2) 次の内容に当てはまるところに○をつけてください。							
① 身体をそらしたり、曲がったりしたときに腰に痛みが出ませんか？							
	【前面】	痛み					
	【後面】	痛み					
② 片脚立ち（左右交互にやってみてください） 片脚立ちすると体が傾いたり、ふらつきませんか？							
	【左脚立ち】	立たない					
		ふらつく					
		異常なし					
	【右脚立ち】	立たない					
		ふらつく					
		異常なし					
③ しやがみかこみ 足の裏を全部床につけて完全にしやがめますか？							
		しやがめない					
		しやがめる					
④ 手のひらを上に向けて腕を伸ばした時、完全に伸びない、完全に曲がらない（指が肩につかない）ことはありますか？							
	【左肘】	完全に伸びない					
		完全に曲がらない					
	【右肘】	完全に伸びない					
		完全に曲がらない					
⑤ バウサインした時、両腕が耳につきませんか？							
	【左腕】	つかない					
		つく					
	【右腕】	つかない					
		つく					
3) 現在取り組んでいるスポーツはありますか？（リレエ、ダンス等を含む） 有・無 有の場合の種類（ ）							
4) 最近1年間に大きな外傷はありましたか？							
	1年	有・無 有の場合の部位/種類（ ）					
	2年	有・無 有の場合の部位/種類（ ）					
	3年	有・無 有の場合の部位/種類（ ）					
5) からだのどこかに痛いところや気になるところはありますか？ あればその部位に○をして症状を記入してください。 例) 歩き方がおかしい。							
	1年	有・無 有の場合の部位/種類（ ）					
	2年	有・無 有の場合の部位/種類（ ）					
	3年	有・無 有の場合の部位/種類（ ）					
《特記事項》							

保健調査票（水色）の記入について【提出日；入学式の翌週月曜日（4/10）】

※ボールペンでの記入をお願いします。

【緊急連絡先】 必ずご記入ください。  
日中連絡がとれる連絡先（勤務先など）  
※保健室からは本校事務室の電話番号  
が表示されますのでご登録ください。

I. 緊急連絡先

家族の氏名	住所	電話番号	関係
氏名	住所	電話番号	関係

【平熱】  
必ずご記入ください。

IV. アレルギーについて

病名	初発年齢	現在の状況	アレルギー検査
アレルギー性皮膚疾患			
アレルギー性鼻炎			
アレルギー性気管支炎			
アレルギー性結膜炎			
アレルギー性腸炎			
アレルギー性鼻炎			
アレルギー性皮膚炎			

【麻疹（はしか）】  
必ずご記入ください。  
未接種の方は、なるべく  
早く接種してください。

II. 予防接種歴と今までにかかった主な感染症

予防接種	接種した回数	接種した日時	接種した場所
日本脳炎	1回接種	2024年3月	保健室
百日咳	1回接種	2024年3月	保健室
麻疹	1回接種	2024年3月	保健室
水痘	1回接種	2024年3月	保健室
インフルエンザ	1回接種	2024年10月	保健室

III. その他

アレルギー	アレルギー性皮膚疾患	アレルギー性鼻炎	アレルギー性気管支炎	アレルギー性結膜炎	アレルギー性腸炎	アレルギー性鼻炎	アレルギー性皮膚炎
-------	------------	----------	------------	-----------	----------	----------	-----------

【該当のある方】  
後日「学校管理指導表」  
の提出が必要になります。

V. 最近の健康状態

項目	1年	2年	3年
めまい・立ちくらみやふらつき			
寝起きの疲れやすさ			
頭痛			
吐き気			
嘔吐			
腹痛			
下痢			
便秘			
発熱			
皮膚症状			
アレルギー症状			
その他			

（裏面：運動器検診調査票） 記入漏れが多いです。ご注意ください。

【1】 該当する学年の欄にご記入ください。

運動器検診調査票

1) 検査項目	検査内容	生徒氏名			保護者氏名		
		1年	2年	3年	1年	2年	3年
① 片脚立ち ② 片脚立ちの時間 ③ 片脚立ちの回数	片脚立ちの時間						
	片脚立ちの回数						
	片脚立ちの回数						
④ 片脚立ちの回数 ⑤ 片脚立ちの回数 ⑥ 片脚立ちの回数	片脚立ちの回数						
	片脚立ちの回数						
	片脚立ちの回数						

【共通】 ※未記入が多いです  
該当がない場合、異常なしに○  
を記入してください。

【4】  
現在取り組んでいるスポー  
ツのほかに、1年以上に継続  
して取り組んでいたスポー  
ツがある場合は記入して  
ください。

【3】  
片脚立ちは5秒以上で  
きたら異常なしです。

【ご不明な点はこちらまで】

荒川区立第三中学校 主任養護教諭 山本

TEL 03-3801-5808（職員室） 03-3891-7923（事務室）