

様式 4 (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 (+・-)		
実親 緊急連絡先	①TEL _____				続柄：		
	②TEL _____				続柄：		
	③TEL _____				続柄：		
実親につ 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)	オ	10	喘息・慢性気管支炎	オ	
	2	三日はしか (風疹)	オ	11	耳 [病名]	オ	
	3	おたふく風邪 (流行性耳下腺炎)	オ	12	鼻 [病名]	オ	
	4	水ぼうそう (水痘)	オ	13	心臓病 [病名]	オ	
	5	川崎病	オ	14	その他		
	6	腎臓病	オ		[病名]	オ	
	7	肝臓病	オ		[病名]	オ	
	8	糖尿病	オ		[病名]	オ	
	9	けいれん・ひきつけ	オ		[病名]	オ	
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 4 (裏面)

体の様子 (次の項目に当てはまるものがあれば番号に○印を記入してください)

区分	項目	備考
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 かぜをひきやすい	
	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 かぜ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	
歯科	25 普段、口を開けていることが多い	
	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	
その他	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	32 服用している薬がある	薬名：
	33 常に持ち歩く薬がある	薬名：
その他	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等についてご記入ください。	

※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、しま親及び学校にも情報を提供します。