

健康状況調査票

保護者氏名 _____

(小 ・ 中) 学校 年 氏 名 _____

該当する項目に○を付けてください。指示がある場合は具体的に書いてください。

1 体 温	平熱は (だいたい) 度
2 体 質	1 よく頭痛を訴える ある () ない ()
	2 熱が出やすい ある () ない ()
	3 扁桃腺が腫れやすい ある () ない ()
	4 便秘になりやすい ある () ない ()
	5 疲れやすい ある () ない ()
	6 皮膚が弱い ある () ない ()
	7 化膿しやすい ある () ない ()
	8 鼻炎 ある () ない ()
	9 アレルギーがある ある () ない ()
	【 例 : アトピー性皮膚炎 _____ 】
	10 腹痛になりやすい ある () ない ()
11 視力 よい () 悪い ()	
【 1 メガネ 2 コンタクトレンズ 3 特にしていない 】	
3 睡 眠	1 寝つきが悪い ある () ない ()
	2 一人で眠れない ある () ない ()
	3 ベッドでないと眠れない ある () ない ()
	4 眠りが浅い ある () ない ()
	5 朝一人で起きることが苦手 ある () ない ()
	6 いびきがひどい ある () ない ()
	7 夜尿症がある ある () ない ()
【 週 回程度 : 治療中 _____ 】	
4 食 事	1 食欲について (1 普通 2 小食 3 好き嫌いが多い 【 苦手な食べ物 _____ 】
	2 食物アレルギーがある ある () ない () 【 食品名 _____ 】
	3 給食で除去食や一部取り除き ある () ない ()
5 用 便	(大便) (1 だいたい毎日出る 2 よく便秘になる 3 下痢をしやすい) (小便) (1 夜中に1回以上起きる 2 夜中に2回以上起きる)

6 薬	<p>1 服用している薬がある ある () ない () 【 薬名 _____ 】</p> <p>2 常に持ち歩く薬がある ある () ない () 【 薬名 _____ 】</p> <p>3 アレルギーを起こした薬がある ある () ない () 【 薬名 _____ 】</p>
7 病気、怪我	<p>1 現在病気や怪我について ある () ない () あるを選んだ方は以下の質問にお答えください 【 疾病名： _____ 薬 ある () ない () 】 【 服用している場合は薬名 _____ 】</p> <p>2 既往歴について ある () ない () あるを選んだ方は以下の質問にお答えください 【 疾病名： _____ 薬 ある () ない () 】 【 服用している場合は薬名 _____ 】 【 現在の状況 1 完治している 2 継続治療を行っている _____ 】</p>
8 その他	<p>日常生活で留意する事項や、特にお願いしたい事がありましたら、ご記入ください。</p>

健康状況については、確認をさせていただくことがあります。ご了承ください。