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 | １　服用している薬がある　　　　　　・・・・　ある（　　）　ない（　　）  【　薬名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  ２　常に持ち歩く薬がある　　　　　　・・・・　ある（　　）　ない（　　）  【　薬名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  ３　アレルギーを起こした薬がある　　・・・・　ある（　　）　ない（　　）  【　薬名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| ７　病気、怪我 | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  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　　　　　　　】 |
| ８　その他 | 日常の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。 |

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。