様式　３（表面）

保　健　調　査　票（部外秘）

名　　前		性　別	
生年月日		血液型	型 Rh（＋・－）
実親 緊急連絡先	①℡＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄： ②℡＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄： ③℡＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄：	保　険　証　番　号	
実親 について	氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄： 住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　℡：		
しま親 について	氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　℡：		

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）	才	10	喘息・慢性気管支炎	才
2	三日はしか（風疹）	才	11	耳［病名　　］	才
3	おたふく風邪（流行性耳下腺炎）	才	12	鼻［病名　　］	才
4	水ぼうそう（水痘）	才	13	心臓病［病名　　］	才
5	川崎病	才	14	その他	
6	腎臓病	才		［病名　　］	才
7	肝臓病	才		［病名　　］	才
8	糖尿病	才		［病名　　］	才
9	けいれん・ひきつけ	才		［病名　　］	才

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		した・しない （回数：１回・２回）	有　無
	水ぼうそう	生後12～15ケ月までの間	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ケ月までの間	した・しない	有　無
		生後12ケ月～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 例：ハウスダスト	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　３（裏面）

体の様子（次の項目に当てはまるものがあれば○印を記入してください）

区分		項　　目	小２	３	４	５	６	中１	２
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、充血したりしやすい							
	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							
	25	普段、口を開けていることが多い							
歯科	26	歯が痛むことがある							
	27	歯ぐきが腫れたり、出血したりしやすい							
	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							
	30	歯ならびで心配なところがある							
	31	口のにおいが気になる							
その他									

※　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。