児童生徒保健調査票

年　組	性別		生年月日	年　月　日生	氏名	
出生時のようす	在胎　（　　）週 出生時体重（　　）g			出生時（母親及び新生児期）の異常で知らせておく必要がある場合に書いてください		

既往症　今までにかかった病気があれば年齢を記入してください。心臓病の疑いがあった場合も下欄に記入してください。

病　名	年齢	病　名	年齢	病　名	年齢
心臓病(　　)		結核性の病気		腎臓の病気(　　)	
リウマチ熱(　　)		麻しん(はしか)		肝臓の病気(　　)	
川崎病		風疹 (三日ばしか)		ひきつけ・けいれん	
甲状腺の病気		流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		水痘(水ぼうそう)	
ぜんそく		その他			

入院	病名　（　　） 年　月　日～　年　月　日	手術	病名　（　　） 年　月　日～　年　月　日

《アレルギーについて》　できるだけ具体的に記入してください。治癒した場合はその年月を記入してください。

予防接種による副作用	注射名（　　）　症状（　　） いつ頃　　年　　月
薬品、食品、吸入アレルゲン（花粉、ダニ等）によるもの	種類（　　）　症状（　　）　年　月 種類（　　）　症状（　　）　年　月

QUADRO DE AVALIAÇÃO DE SAUDE DO ALUNO

Série	Turma	Sexo		Data de Nascimento	Ano Mês Dia	Nome	
Situação no momento de nascimento	Vida intra-uterina ( ) semanas Peso do bebê ( ) g.				Escreva se houve alguma anormalidade no parto (com a mãe ou com o bebê)		

MOLESTIAS

Se houver alguma moléstia que já teve, anote a idade em que teve. Quanto a doenças cardíacas, anote inclusive as suspeitas que teve.

DOENÇA	Idade	DOENÇA	Idade	DOENÇA	Idade
Coração ( )		Tuberculose		Fígado ( )	
Febre reumática ( )		Sarampo		Rins ( )	
Enfermidade Kawasaki		Rubéola		Convulsão/Epilepsia	
Tiróide		Parotiditis (paperas)		Catapora	
Asma		Outros			

Internação	DOENÇA ( ) de Ano Mês Dia até Ano Mês Dia	Cirurgia	DOENÇA ( ) de Ano Mês Dia até Ano Mês Dia

(Sobre ALERGIA) Escreva da forma mais objetiva possível. Caso tenha feito tratamento, anote o ano e o mês em que foi feito o tratamento.

Efeito colateral da vacina	Nome da injeção ( ) Efeitos ( ) época: Ano Mês
Alergia por remedios, alimentos ou outros (pólen, ácaro, etc.)	Tipo ( ) Efeitos ( ) Ano Mês Tipo ( ) Efeitos ( ) Ano Mês

下記の病気について症状や使用している薬品があれば記入し、該当学年に○印をしてください。

アレルギー疾患名	症　状	使用薬品	入学前	小1	2	3	4	5	6	中1	2	3
ぜんそく												
アトピー性皮膚炎												
アレルギー性鼻炎												
アレルギー性結膜炎												
その他(　　)												

《心臓病やその疑いのある場合》は下記の該当欄に必要事項を記入してください。

心臓に異常があると言われてから今までに受けた精密検査や手術があれば記入し、診断された病名も記入してください		現在の状況について　該当の項目の学年欄に○印をする		小学校						中学校		
				1	2	3	4	5	6	1	2	3
精密検査	年　月　歳(　　)病院	まだ受けていない										
	年　月　歳(　　)病院	検査の結果	心配ない									
	年　月　歳(　　)病院		病気はあるが手術は不要									
	診断された病名		今後の様子をみて検査する									
			手術の必要がある									
			手術は困難である									
手術	受けた時	手術の結果	運動等ほかの人と同じでよい									
	病院名		軽い運動ならよい									
	病名		運動はしないほうがよい									

Se está usando remédios para as doenças abaixo, anote abaixo e marque ○ na série correspondente.

NOME DA ALERGIA	Efeitos	Remédios	Pré-escolar	Escola primária						Ginasial		
				1	2	3	4	5	6	1	2	3
Asma												
Pele, atópica												
Rinite alérgica												
Bronquite alérgica												
Outros ( )												

(Doenças cardíacas ou caso haja suspeita) Anote os dados necessários no espaço correspondente.

Se foi diagnosticado como portador de anornalidade cardíaca, anote os exames e cirurgias feitas até agora e o nome da doença.		Marque ○ na série em que a doença apareceu		Escola primária						Ginasial		
				1	2	3	4	5	6	1	2	3
EXA MES REALIZADOS	Ano Mês , com anos Hosp.( )	Não fez exames ainda										
	Ano Mês , com anos Hosp.( )	Resultado do exame	Ninhuma preocupação									
	Ano Mês , com anos Hosp.( )		Está doente mas não precisa operar									
	Enfermidade diagnosticado		Em observação para o futuro exame									
			É preciso operar									
			Cirurgia com dificuldade									
Cirurgia	Quando fez	Resultado da cirurgia	Fazer os exercícios iguais aos outros									
	Nome do Hospital		Leves exercícios									
	Nome da doença		Não pode praticar exercícios									

《現在の状況》
過去1年間を振り返って下記のような症状があれば○印を、ない場合／線をしてください。

	項　　目	小1	2	3	4	5	6	中1	2	3
内科	走ったり階段を上ったり、また少しの運動で「どうき」「息切れ」がし、苦しくなったり胸が痛んだりする									
	ふだんでも唇、爪、ほほなどがむらさき色がかっている									
	強い運動をすると唇、爪、ほほなどがむらさき色になる									
	ふだんでも脈拍数が多すぎたり、少なすぎたり、不規則であったりするように思う									
	激しく怒ったり泣いたり緊張したりすると、息苦しくなったり気を失ったりすることがある									
	夜中に「せき」や「たん」がでたり、急に息苦しくなってすわりこむことがある									
	朝起きたとき、顔やまぶた、足がむくんでいることがある									
	「せき」や「たん」が1年のうち3か月以上つづくことがある									
	「立ちくらみ」や「めまい」がしたり、長く立っていると気分が悪くなったり、倒れたりすることがある									
	毎日、あるいは定期的に薬を飲んでいる 何のために(　　)									
耳鼻科	鼻水やくしゃみがよくでる									
	鼻がつまったり、においがわからなかったりすることがある									
	耳が痛くなったり、聞こえにくかったりすることがある									
眼科	目を物に近づけて見たり、目を細めて見たりする									
	目のかゆみが数日続くことがある									
歯科	口を開ける時、顎の関節が痛んだり音がしたりすることがある									
	歯をみがく時、歯ぐきから出血することがある									
	歯ならびやかみあわせが気になる									

(Situação Atual) Se no último ano teve alguma das situações abaixo marque○ e ／ em caso negativo.

	Itens	Escola primária						Ginasial		
		1	2	3	4	5	6	1	2	3
Clínica Geral	Ao correr ou subir escada ou fazer exercícios físicos tem falta de ar, taquicardia ou dor no peito.									
	Normalmente tem os lábios, unhas ou faces arroxeadas.									
	Se fizer exercícios físicos violentos fica com os lábios, unhas ou faces arroxeadas.									
	Normalmente tem batimento acelerado, muito lento ou irregular.									
	Quando sente forte raiva, chora muito ou fica tensa tem falta de ar ou desmaia.									
	Durante a noite tem tosse ou catarro ou tem falta de ar a ponto de precisar levantar o corpo e sentar.									
	Quando acorda, pela manhã, tem inchaço no rosto, nas pálpebras ou nos pés.									
	Tem tosse ou catarro por mais de 3 meses consecutivos, no período de 1 ano.									
	Tem tontura ou vertigem ou passa mal e desmaia se ficar muito tempo em pé.									
	Toma remédios diariamente ou regularmente. Remédio para ( )									
Otorrino	Tem coriza ou espirra com frequência.									
	Tem o nariz entupido ou fica incapaz de sentir cheiros.									
	Tem dor de ouvido ou fica incapaz de ouvir.									
Oftalmologo	Aproxima os olhos das coisas ou afina os olhos para olhar.									
	Tem coceira nos olhos por alguns dias consecutivos.									
Odontologo	Quando abre a boca tem dor ou faz barulho na junta do maxilar.									
	Ao escovar os dentes, a gengiva costuma sangrar.									
	Tem dentes mal enfileirados ou a mordedura não encaixa.									

《からだや心の状態》について学校に知らせておきたいこと、配慮してほしいことがあれば記入してください。

年　月　日	学年	知らせたいこと・配慮して欲しいこと

(Sobre as condições físicas ou emocionais) Se tiver algo que queira avisar a escola ou que gostaria que a escola leve em consideração, por favor, preencha.

Ano, Mês, Dia	Série	Fato a notificar ou que deseja que seja considerado