

児童生徒保健調査票

年 組	性別	生年 月 日	年 月 日生	氏名
出生児の よ う す	在胎 () 週 出生時体重 () g	出生児（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を書いて下さい		

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()		麻疹(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、吸入アレルギー(花粉、ダニ等)によるもの	種類 () 症状 () 年 月
	種類 () 症状 () 年 月

Questionnaire on the health of pupil (student)

Grade:	Class:	Sex		Date of birth	Birth date:	Name	
Information at the time of birth	Length of pregnancy: () weeks			If there is any abnormality (of the mother or of the new born baby) at the time of birth, which needs to be notified, please specify such abnormality.			
	Weight at the time of birth: () g						

Medical history

If there are any diseases that your child has ever had, please specify the age at which your child had such a disease. If your child was also suspected of a heart ailment, fill in the column below.

Name of a disease	Age	Name of a disease	Age	Name of a disease	Age
Heart ailment ()		Tuberculous disease		Kidney disease ()	
Rheumatic fever ()		Morbilli (measles)		Liver disease ()	
Kawasaki disease		Rubella (German measles)		Convulsion/spasm	
Thyroid disease		Epidemic parotitis (mumps)		Varicella (chickenpox)	
Asthma		Other			
Hospitalization	Name of disease: ()		Operation	Name of disease: ()	
	Period (YY/MM/DD): from to			Period (YY/MM/DD): from to	

[Allergy] Please enter as concretely as possible. Please fill in the date of treatment if your child had treatment.

Side-effect of preventive shots	Name of shot: () Symptoms: () Approx. date (MM/YY):
Allergy caused by medication, food, inhalation allergen (pollen, mites, etc.)	Kind: () Symptoms: () Date (YY/MM):
	Kind: () Symptoms: () Date (YY/MM):

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	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										

If your child develops any of the following symptoms or takes medication for any of the following diseases, designate the symptoms or medication and place a check in the appropriate grade.

Name of allergic disease	Symptom	Prescribed medication	Pre-school-age	Elementary school						Middle school		
				1	2	3	4	5	6	1	2	3
Asthma												
Atopic dermatitis												
Allergic rhinitis												
Allergic conjunctivitis												
Other ()												

[If your child has a heart ailment or is suspected of having a heart ailment], fill in the following appropriate columns.

If your child has undergone any thorough examination or operation since he/she was diagnosed as having a heart ailment, provide informations on the examinations or any operations along with the name of the diagnosed disease.		On the current condition Please place a circle in the column of the appropriate grade.											
		Elementary school						Middle school					
		1	2	3	4	5	6	1	2	3			
Thorough examinations	Date (YY/MM): () years old Name of hospital: ()	your child has undergone no examination or operation.											
	Date (YY/MM): () years old Name of hospital: ()	Not serious											
	Date (YY/MM): () years old Name of hospital: ()	Has an ailment, but no operation is necessary.											
	Name of diagnosed ailment	Needs follow-ups as to whether he/she will undergo an operation.											
		Requires an operation.											
Operation	Date(YY/MM) of the operation	Possible to participate in the same exercises as others.											
	Name of hospital	Light exercise is acceptable.											
	Name of disease	Better to not participate in any exercise.											

《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。

[illegible]

[Current condition]

Reviewing the past one year, please place a circle if your child had the following symptoms, or if none, write a diagonal line in the appropriate box.

[illegible]

ください。

[illegible]

[Physical and mental condition]

If there is a need to notify the school regarding physical or mental conditions of your child, or if you would like special care to be taken for him/her, please fill in below.

[illegible]