児童生徒保健調査票

di To to per	年 組	性別	any abnor	生年 月日	年 月 日生 氏名
出生児の	在胎	()	週	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に書いて下さい
ようす	出生時体重	重()	g	8 (

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	o emi	年齢	病	名	0.00	年齢
心臟病()	Kidne	結核性の病気	censail	o euoli	Tubero	腎臓の病気()	men	is tre
リウマチ熱()	1979.1	麻しん(はしか)	30(11)	lieroly	肝臓の病気()	1 01	euma
川崎病	uesqe motel	OVISOU.	風疹(三日ばし	か)	(50)		ひきつけ・けい	れん		BCD W
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)		emili
ぜんそく	:52052	To sm	その他				:saseib lo on	Nar		
入病名()	手	病名	() no	āles;i))
院年	月 日	~	年 月 日	術		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(stode svimovs)
1. 的技権による副正加	いつ頃年	月	anitunila m. voita	Lhama vondi
薬品、食品、吸入アレ	種類() 症状()	年 月
ルゲン (花粉、ダニ等) によるもの	種類() 症状()	年 月
		Date (YY/MM)		

Questionnaire on the health of pupil (student)

Grade: Class:	Sex	Date of birth	Bir	th date:	Name	
Information at the time of birth	Length of particle (Weight at the) week			ne time o	of the mother or of the of birth, which needs to ach abnormality.

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	a disease	Age	Name of a disease	Age
Heart ailment ()		Tuberculous dis	sease		Kidney disease ()) (0.00
Rheumatic fever	r ()	* 4041	Morbilli (meas	les)	1 330	Lever disease ()	
Kawasaki diseas	se		Rubella (Germa	an measles)		Convulsion/spasm	ada da tat
Thyroid disease			Epidemic parot	itis (mumps)		Varicella (chickenpox)	
Asthma	(0.9-0.30)	7.5846	Other				
	Name of disc	ease:			Na	ame of disease:	
Hospitalization	Period (YY)	//MM/ te		Operation		Period (YY/MM/DD):)

[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):)
II ap (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	3 4											
アトピー性皮膚炎											oi	01
アレルギー性鼻炎										in	oig	
アレルギー性結膜炎	,									ilvi	olge ont	oll Inc
その他()) 1	

《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。

			in manner out i	ら今までに受 入し、診断さ	現在	ェの状況について i	亥当	の項	[目の	の学	年欄	り に(O印	をす	ーる
			ください。	八し、砂町で				200 15730	小兽	学校			4	学	校
8		3 3		08.000	ısbıı	gour child man	1	2	3	4	5	6	1	2	3
	年	月	歳()病院	ま	だ受けていない					ige	m T	0 0	aak	
精	年	月	歳()病院	+4	心配ない		ы	21		ly b		3 5		Name of the last
密	年	月	歳()病院	検査	病気はあるが手 術は不要		-150						ne(THE SECTION
検	診断され	た病名			の	今後の様子をみ て検査する					(2 0		OT OTHER
査					結果	手術の必要がある									
					*	手術は困難である									
手	受けた時			ipate in	手術	運動等ほかの人 と同じでよい	ine	690	ori	10	lMI		y)	dpC	
	病院名				の	軽い運動ならよい				la	ins	ul 1		nel	HARMON
術	病名			rticipate	結果	運動はしないほ うがよい						ь) 9	nak	8

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	2 3 4 5	Prescribed	Pre-school-age		Ele	menta	A-80.3	Middle school				
allergic disease	Symptom	medication	Pre-school-age	1	2	3	4	5	6	1	2	3
Asthma												
Atopic dermatitis									效制		-51 4	
Allergic rhinitis											E-A	
Allergic conjunctivitis								3	Mil		£sks.	
Other ()) (9) (1	3

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

tho	rour child has undergone any rough examination or ration since he/she was gnosed as having a heart	On Ple	the current condition case place a circle in the co	lumr	of t	he ap	prop	riate	grad	e.		á ti
the	examinations or any operations				Elen	nenta	ry so	hool		Mid	dle s	chool
alo dia	nent, provide informations on examinations or any operations ng with the name of the gnosed disease.			1	2	3	4	5	6	1	2	3
	Date (YY/MM): () years old Name of hospital: ()	you	ur child has undergone no amination or operation.)	<u> </u>	I,				
inations	Date (YY/MM): () years old Name of hospital: ()		Not serious					R		P		191
Thorough examinations	Date (YY/MM): () years old Name of hospital: ()	checkup	Has an ailment, but no operation is necessary.)		R.				24
Thorc	Name of diagnosed ailment	Jo	Needs follow-ups as to whether he/she will undergo an operation.									36
		Results	Requires an operation.									
			Difficult to have an operation.									
ion	Date (YY/MM) of the operation	operation	Possible to participate in the same exercises as others.									
Operation	Name of hospital	of	Light exercise is acceptable.									944
	Name of disease	Results	Better to not participate in any exercise.									

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
	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	zot Joni	diq ya	6100 601 6000			Jan Jan Jan	//O.	noz ad	
	ふだんでも唇、爪、ほほなどがむらさき色がかっている	Dif							o x	
内	強い運動をすると唇、爪、ほほなどがむらさき色になる	ale	wa						ion	
	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	000							o Y wła	9 3 9
	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	ı ii	em Val		db	clo esd	nes		102	
	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	ecti ind	ii /	10 flas	rig mii	00	y l		oY	
	朝起きたとき、顔やまぶた、足がむくんでいることがある	l mi	qu	elo:	bl ma	do go	10			
科	「せき」や「たん」が1年のうち3か月以上つづくことがある	3316	2-111	271		B 0	blin		o Y	
	「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		lo limi	N.					You not	
	毎日、あるいは定期的に薬を飲んでいる 何のために ()	gio	700	591		ler	oliz		ay	
耳	鼻水やくしゃみがよくでる	Emi	37	28		Îto	alia	3 78	οY	
鼻	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	mir) franc	2 2	1333		blir rob	100	y o	
科	耳が痛くなったり、聞こえにくかったりすることがある							1 71	οY	
眼	目を物に近づけて見たり、目を細めて見たりする	0 0	700	olo	25 Y		oli i		py you	Rotor
科	目のかゆみが数日続くことがある	ož	avo	VI	mi		olin		οV	
歯	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								l W	
	歯をみがく時、歯ぐきから出血することがある				151	la			iw old	
科	歯ならびやかみあわせが気になる	70	V. I						D Y	

[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.

			Eler	nenta	ry so	hool		Middle scho			
	Items	1	2	3	4	5	6	1	2	3	
	When your child runs, climbs up stairs or exercises somewhat, he/she palpitates, becomes short of breath, breathes with difficulty and/or has a pain in his/her chest.	Jds	13	, (t :	ic:	3	111				
	Your child's lips, nails and cheeks are always tinged with purple.					l, ,i	1,91	- 3.3			
	When your child does vigorous exercise, his/her lips, nails and cheeks turn purple.			,m	. 10	ō	- 31			n	
icine	You have a feeling that the pulse rate of your child is always irregular, either too fast or too slow.		15		740		1.6	VA 2			
Internal medicine	When your child gets mad, cries or becomes tense, he/she sometimes has difficulty in breathing and passes out.		100	10	(4.00	10	10				
Interi	Your child coughs or expectorates phlegm at night or suddenly has difficulty in breathing and squats down.								×		
	When your child gets up in the morning, his/her face, eyelids or legs are sometimes swollen.			(4.)	99			68	IN I		
	Your child suffers from coughs and phlegm for more than 3 months in a year.	d		111			9	61		19	
	Your child feels dizzy or has a giddy spell. He/she sometimes feels sick and faints when he/she stands for a long time.			1210					1		
	Your child takes medication every day or regularly. (For	W.		Cali					Till I		
logy	Your child often has a runny nose or sneezes.						J	90		耳	
olaryngo	Your child's nose is sometimes stopped up and he/she cannot detect odor.	la	(ct)	(r 42	-31	0	i.e.	C-3		a.	
Otorhinolaryngology	Your child has an earache and has difficulty in hearing.	o-cò.	31.				- 53		II.		
nology	Your child moves closer to objects to see them and squints at objects.		9-18	. 0 :		H	1				
Ophthalmology	Your child has itchy eyes for several days.	8	48		333	120	146				
	When your child opens his/her mouth, he/she has a pain in the mandibular joint or a noise is heard.			1111	100		l is				
Dentistry	When your child brushes his/her teeth, his/her gums bleed.		10.113	18	>						
	You are worried about your child's crooked teeth or his/her malocclusion.	ö		28.	f-ck	14	100	4 8 3	m l	14	

《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
	пош	protein are	Pale Order to Manual 10 by Indiana and Date of Palenting 10 by Indiana and Ind
		*	

[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.

Date	Grade	Matters to be notified and requiring special attention
	·	