**健　康　調　査　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 | |  | | 生年月日 |  | 年    月    日  歳 | |  | 月 | |  | 日 | 診断名 |  |
| 性別 | 男　・　女 | | | | | | | |
| 心身の健康上の  配慮事項  （指導上の配慮） | | |  | | | | | | | | | | | |
| 身長（cm） | | |  | | | | 聴力 | | | 右 | | | |  |
| 体重（kg） | | |  | | | | 左 | | | |  |
| 栄養状態 | | |  | | | | 耳鼻咽喉科疾患 | | | | | | |  |
| 脊柱・胸郭・四肢 | | |  | | | | 皮膚疾患 | | | | | | |  |
| 視力 | 右 | |  | （　　　）    ) | | | 結核 | | | | | | |  |
| 左 | |  | （　　　）    ) | | | 心臓  （疾病及び異常） | | | | | | |  |
| 眼疾患及び異常 | | |  | | | |
| 尿検査 | | |  | | | | その他の疾病及び異常 | | | | | | |  |
| 服薬 | ＊定期通院している場合  現在薬を飲んでいますか（はい・いいえ）  はいの場合は、右記に薬名を記入 | | | | | | | | | | | | | |
| てんかん発作 | ①発作の有無（　有・無　）  ②最終発作（　　　）歳　　　　年　　　　月  ③発作の様子 | | | | | | | | | | | | | |
| 学校生活管理指導表 | ＊有の場合は、指導区分を記入  １．学校生活管理指導表：心臓（有・無）　　指導区分（　　　　　　　）  ２．学校生活管理指導表：腎臓（有・無）　　指導区分（　　　　　　　）  ３．学校生活管理指導表：アレルギー疾患用　（有・無）有の場合は、アレルギー疾患名を記入  アレルギー疾患名（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |

各項目の記入事項は、健康診断の記録と相違ないことを証明します。

　　令和　　年　　月　　日 　 　　 学校園名

　　　 校園長氏名 印

　 ※　現在、通学・通園していない方は、医師の診断を受けてください。

　 検査の結果、上記の通り診断します。

令和　　年　　月　　日 　　　 医師氏名 　 印

**健　康　調　査　書　（記入例）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 | |  | | 生年月日 | ○○  年   ｍ  月    日  診断名 | 年    月    日  歳 | | ○ | 月 | | ○ | 日 | 診断名 | 自閉症スペクトラム障害  てんかん |
| 性別 | ・　女 | | | | | | | |
| 心身の健康上の  配慮事項  （指導上の配慮） | | | ・心臓術後のため、持久走等の強い運動は禁止。朝運動や体育等の内容に配慮が必要。  ・嫌いな食べ物を食べた時に、嘔吐することがある。  ・アトピー性皮膚炎のため、汗をかく活動時は濡れタオルで体を拭いている。  ・本人から体調不良の訴えができないため、念入りに健康観察をしている。  ・パニックになった時に物を壊したり、人を蹴ったりすることがある。  ・視力が悪いため、教室では前方に座るようにしている。  ・汗をかきにくい体質のため、体に熱がこもりやすい。 | | | | | | | | | | | |
| 身長（cm） | | | １５５．５ | | | | 聴力 | | | 右 | | | | 異常なし |
| 体重（kg） | | | ５０ | | | | 左 | | | | 軽度難聴 |
| 栄養状態 | | | 異常なし | | | | 耳鼻咽喉科疾患 | | | | | | | アレルギー性鼻炎 |
| 脊柱・胸郭・四肢 | | | 異常なし | | | | 皮膚疾患 | | | | | | | アトピー性皮膚炎 |
| 視力 | 右 | | Ｃ | （　　　）    ) | | | 結核 | | | | | | | 異常なし |
| 左 | | Ｃ | （　　　）    ) | | | 心臓  （疾病及び異常） | | | | | | | 完全型心内膜症術後 |
| 眼疾患及び異常 | | | 斜視 | | | |
| 尿検査 | | | 異常なし | | | | その他の疾病及び異常 | | | | | | | 異常なし |
| 服薬 | ＊定期通院している場合  リスパダール・デパケン・アレグラ  現在薬を飲んでいますか（はい・いいえ）  はいの場合は、右記に薬名を記入 | | | | | | | | | | | | | |
| てんかん発作 | ①発作の有無（　有・無　）  ②最終発作（　○○　）歳　○○　年　○○　月  体育の授業中に発作になり倒れた。全身けいれんが3分続き、チアノーゼ・眼球上転がみられた。外傷なし。  ③発作の様子 | | | | | | | | | | | | | |
| 学校生活管理指導表 | ＊有の場合は、指導区分を記入  １．学校生活管理指導表：心臓（有・無）　　指導区分（　　　Ｄ　　　　）  ２．学校生活管理指導表：腎臓（有・無）　　指導区分（　　　　　　　）  ３．学校生活管理指導表：アレルギー疾患用　（有・無）有の場合は、アレルギー疾患名を記入  アレルギー疾患名（　アトピー性皮膚炎　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |

各項目の記入事項は、健康診断の記録と相違ないことを証明します。

　　令和○○年　○○月○○日 　 　　 学校園名　岡山市立○○小学校

　　　 　校園長氏名　 ○○○○ 印

　 ※　現在、通学・通園していない方は、医師の診断を受けてください。

　 検査の結果、上記の通り診断します。