**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（　食物アレルギー（卵、乳製品）　　　　　　　　　　　） |

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。