**保 健 調 査 票** 　　　 福井県立清水特別支援学校

　この調査票は３年間使います。２年目からは訂正があれば、前年度分を赤字　　　　線で消し、その下に変更事項を御記入ください。

健康管理上必要なことですので、記入もれのないようにお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な児童生徒名 |  | 生年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日生 |
| 医　療　の　状　況 | 疾患及び障害名 |  |
| 主治医 | 診療科 | 医療機関名 | 主治医名 | 受診状況 (月に１回など） |
| 小児科・内科 |  |  |  |
| 整形外科・外科 |  |  |  |
| 歯　科 |  |  |  |
| 耳鼻科 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 定期検査訓練等 | 定期検査や訓練の状況　（例：○○病院で月に１回ＰＴを受けている ） |
| 服薬 | なし ・ あり　　　　薬剤名　　　　　　　内服回数・時間　　　　　　その他

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 例：デパケン | ２回／日 | 食前・食後・食間 | 朝、夕 |
|  |  | 食前・食後・食間 |  |
|  |  | 食前・食後・食間 |  |
|  |  | 食前・食後・食間 |  |
|  |  | 食前・食後・食間 |  |
|  |  | 食前・食後・食間 |  |
|  |  | 食前・食後・食間 |  |

投薬時の留意点・飲ませ方など |

うら面も御記入ください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療の状況 | 医療的ケア | なし ・ ありケアの種類　　経管栄養　水分補給　吸引　酸素療法　薬剤の吸入　 　　　　　　座薬（　てんかん発作時・発熱時　）　その他（　　　　　　　） |
| 身　体　の　状　況 | て ん か ん 発 作 | なし ・ あり発作頻度発作の様子 対処法  |
| ア レ ル ギ ー |  なし ・ あり種類　　食物アレルギー（食品名：　　　　　　）　薬物アレルギー（薬剤名：　　　　　　　）　　アレルギー性鼻炎　　アレルギー性結膜炎　　花粉症　　アトピー性皮膚炎　　気管支喘息　　じんましん　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） 対処法・注意事項   |
| 月経 | 初潮 | 学部　　　年　　　月 | 周期 | 順 ・ 不順 |
| 月経中の障害 | 　なし ・ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**※現在よくある症状に○をつけてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 令和　６年度 | 令和　７年度 | 令和　８年度 |
| 1.よくかぜをひく |  |  |  |
| 2.よく熱がでる |  |  |  |
| 3.頻繁に下痢をする |  |  |  |
| 4.強い便秘である |  |  |  |
| 5.食事の時よくむせる |  |  |  |
| 6.皮膚に湿疹やかぶれがでやすい |  |  |  |
| 7.ぜんそくがある　＜昨年１年間の発作の回数＞ | ＜　　　　回／年＞ | ＜　　　　回／年＞ | ＜　　　　回／年＞ |
| 8.不眠がちである |  |  |  |
| 9.その他、現在何か症状があれば具体的にご記入ください。 |  |  |  |

**※健康上気がかりな事項や学校生活で配慮してほしいことがありましたら御記入ください。**

|  |
| --- |
|  |