

# 健康調査票

2019年 月 日

記入者(保護者)氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

氏名		性別	男・女	血液型	
住所		生年月日	平成 年	月	日生
身長	cm	体重	kg		

## 身体状況

留意すべき体質（必ず、無・有のどちらかに○を付けてください。）

※軽度のもので記入をお願いします。

- 1 アレルギー 食物 無・有→（食品名： \_\_\_\_\_）  
 昆虫 無・有→（ \_\_\_\_\_）  
 薬品 無・有→（薬品名： \_\_\_\_\_）  
 その他 無・有→（ \_\_\_\_\_）

- 2 アナフィラキシー 食物 無・有→（原因： \_\_\_\_\_）  
 昆虫 無・有→（原因： \_\_\_\_\_）  
 薬品 無・有→（原因： \_\_\_\_\_）  
 その他 無・有→（原因： \_\_\_\_\_）

[1, 2で「有」と答えた方] →緊急時に備えた処方箋について回答してください。

無・有→（内服薬等： \_\_\_\_\_）

アドレナリン自己注射薬「エピペン」 無・有

- 3 ぜんそく 無・有→最初の発作（ \_\_\_\_\_）

\*有の場合：吸入薬（薬名： \_\_\_\_\_） 内服薬（薬名： \_\_\_\_\_）

貼付薬他（薬名： \_\_\_\_\_）

- 4 じんましん 無・有→具体的に（ \_\_\_\_\_）

- 5 かぶれ 無・有→具体的に（ \_\_\_\_\_）

- 6 その他 無・有→具体的に（ \_\_\_\_\_）

（眼・鼻・皮膚など）

※宿泊先は山小屋となります。

食物アレルギーに対する除去食等につきましては、対応が出来ない場合があります。

**裏面も回答してください。**

該当する番号に○を付けてください。

- |                  |              |               |
|------------------|--------------|---------------|
| 1 風邪をひきやすい       | 2 熱がでやすい     | 3 時々頭痛がする     |
| 4 扁桃腺が腫れやすい      | 5 脳貧血を起こしやすい | 6 下痢をしやすい     |
| 7 じんましんがでやすい     | 8 便秘しやすい     | 9 疲れやすい       |
| 10 気分が悪くなりやすい    | 11 鼻血が出やすい   | 12 時々めまいがする   |
| 13 胃痛・腹痛を起こしやすい  | 14 息切れがしやすい  | 15 車酔い(船酔い)する |
| 16 けいれんをおこすことがある |              |               |

その他、体質や疾病等で心配なこと、現在かかっている病気、長期に服用している薬（薬品名）などがあればお知らせください。

上記事項にかかわり、緊急対応時に連絡をする医療機関がある場合は、記入してください。

医療機関名：

TEL：

医師名：

- ※1 ご記入いただいた個人情報は、本事業以外には使用しません。
- ※2 上記の内容については、申込後、電話連絡をさせていただく場合があることを御了承ください。
- ※3 アレルギー疾患を有し、配慮・管理が必要な児童生徒には、保護者への聞き取りの上、管理指導表の提出をお願いすることがあります。