

㊟ 健 康 調 查 票

小學校名		小 1 班 號	小 4 班 號	中 1 班 號
中學校名		小 2 班 號	小 5 班 號	中 2 班 號
(平假名發音) 姓 名		小 3 班 號	小 6 班 號	中 3 班 號
出生年月日	西元 年 月 日	家長姓名		
住址		TEL		

○緊急聯絡處< (關係)・公司名・自宅・移動電話 請分別記載> 如果有變化敬請聯絡。

① () 名稱	TEL
取得聯絡	移動電話
② () 名稱	TEL
取得聯絡	移動電話
變 () 名稱	TEL
更 取得聯絡	移動電話

○經常就診的醫院

內科・小兒科	外科・整形外科	牙科
Tel	Tel	Tel

○現在的健康狀況及以往病歷 (有下述情況的話請記入○。沒有的話請記入レ。)

項 目	小 1	小 2	小 3	小 4	小 5	小 6	中 1	中 2	中 3
1 最近、身體不舒服。									
2 容易拉肚子。									
3 有便秘傾向。									
4 經常胃痛・腹痛。									
5 有過關節痛。									
6 經常說頭痛。									
7 服用抗痙攣 (抽筋) 劑。									
8 有過敏性皮膚炎。									
9 有過敏性鼻炎。									
10 有過敏性結膜炎。									
11 早晨需要被叫醒才能起床。									
12 早晨醒來後常常覺得不舒服、起不來。									
13 挑食。									
14 幾乎不吃早餐。									
15 容易暈車。									
女子	有月經生理痛。 初潮 (小・中 年 月)								

○如果有食物過敏・對藥物有副作用反應等情況的話請記載。

食 品 名	年 齡	症 狀	藥 物 名	年 齡	症 狀

姓名

○請記載 以往病史 以及 現在的患病情況。

病名	年齡	病名	年齡	病名	年齡	病名	年齡
麻疹	歲	風疹	歲	水痘	歲	流行性腮腺炎	歲
病名	年齡	治癒	治療中	做過手術・住院的病名			
腎臟病	歲			病名()			
心臟病	歲			住院或手術期間			
川崎病	歲			年 月 ~ 年 月			
氣喘	歲			做過手術・住院的病名			
熱性抽搐	歲			病名()			
中耳炎	歲			住院或手術期間			
	歲			年 月 ~ 年 月			

○接種疫苗狀況 (參照母子手冊等請務必記載)

預防接種名		接種年月日	預防接種名	接種年月日	
BCG		年 月 日	小兒麻疹症	第1次	年 月 日
破傷風 白喉・百日咳 (三種混合)	1期第1次	年 月 日		第2次	年 月 日
	1期第2次	年 月 日		第3次 (減活疫苗的情況下)	年 月 日
	1期第3次	年 月 日		追加 (減活疫苗的情況下)	年 月 日
	1期追加	年 月 日	日本腦炎	1期第1次	年 月 日
麻疹風疹混合第1期	年 月 日	1期第2次		年 月 日	
麻疹風疹混合第2期	年 月 日	1期追加		年 月 日	

○家庭 ⇔ 學校 (如果有現在治療中的疾病或有受傷的話請詳細記載。沒有的話請在無處畫○。)

年級	平時體溫	無	聯絡事項
例	36.5℃	如無○	因氣喘病每月去2次○○醫院、每天(早晨)服藥。不發作時對運動沒有限制。 對○○食物會引起過敏反應。對○○的湯或果汁等也有反應不能飲用。 時常會煩躁不安。因骨折在繼續申請災害報告。
小1			
小2			
小3			
小4			
小5			
小6			
中1			
中2			
中3			

年 月 日

致家長

校長

健康檢查通知單

為了保證學生的身體更加健康的成長，以便期更好地度過在校生活，也為了儘早發現隱患性疾病，所以準備實施如下健康檢查。敬請合作。（有關項目前邊畫勾）

1 檢查內容和日期

編號	檢查內容	實施日期				對象學年
		月	日	星期	時間	
<input type="checkbox"/> 1	內科檢查					
<input type="checkbox"/> 2	身體測量					
<input type="checkbox"/> 3	牙科檢查					
<input type="checkbox"/> 4	眼科檢查					
<input type="checkbox"/> 5	耳鼻喉科檢查					
<input type="checkbox"/> 6	聽力檢查					
<input type="checkbox"/> 7	視力檢查					
<input type="checkbox"/> 8	檢查尿					
<input type="checkbox"/> 9	心電圖檢查					
<input type="checkbox"/> 10	寄生蟲卵檢查					

2 要求

○身體測量・內科檢查

※前一天，洗澡後，請剪指甲。

※請穿自己便于穿脫的衣服。

※請在衣服或內衣裡寫上名字。

○牙科檢查

※早餐後，請刷牙。

○檢查耳鼻喉科時

※到前些日子為止、請清掃耳朵。

3 其它

關於檢查結果，另日通知。

年 月 日

致家長

校長

內科檢查結果通知單

年級	班	姓名
----	---	----

經過內科檢查後, 得出如下結果, 特此通知。請儘快去醫院看專科醫生, 並做更加細緻的檢查。

(有關項目前邊畫勾)

【檢查結果】

- | | | | |
|------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 1 營養狀況 | <input type="checkbox"/> 有肥胖傾向 | <input type="checkbox"/> 營養不良 | <input type="checkbox"/> 懷疑有貧血 |
| 2 脊柱·胸郭·四肢 | <input type="checkbox"/> 懷疑有異常 | | |
| 3 皮膚疾患 | <input type="checkbox"/> 特異性皮膚疾患 | <input type="checkbox"/> 濕疹 | <input type="checkbox"/> 其它 |
| 4 心臟 | <input type="checkbox"/> 脈律不齊 | <input type="checkbox"/> 心雜音 | () |
| 5 其它 | () | | |

※去看專科醫生後, 請將檢查結果的報告書提交給學校。

檢查結果 報告單

年級	班	姓名
----	---	----

檢查結果及給學校的建議事項

診斷 (病名)
治療內容
在指導學生時要注意的地方

上記診療內容 特此證明。

西元 年 月 日

醫療機關名

醫生姓名

印