

令和5年3月15日

横川中学校入学予定児童及び保護者様

宇都宮市立横川中学校長 加藤 悦宏

入学時に持参する保健関係書類（保健調査票）について

下記の書類に必要事項を記入し、本校入学時にご提出ください。

記

小学校時で返却されたら紛失しないよう保管してください。

- 1 入学までに、中学1年生の欄に必要事項を記入し、表紙に保護者印を押印してください。
(裏面参照・4頁)
- 2 提出日：4月10日(水)
教室で担任に提出します。提出の際にクラスと出席番号を生徒が記入します。
- 3 その他
不明な点、直接伝えたいことがある場合は、下記横川中学校 養護教諭までご連絡をお願いいたします。

保健調査票

【保護者の方々に】
この調査は、学校医の先生や教員がお子様の健康状態を知り、適切な健康管理を行うために実施するものです。各項目について、最近のお子様の様子で該当するところがありましたら、記入欄に○印又は真実を記入してください。
なお、目的以外には使用しませんので、保護者の方がお子様と話し合っ
てありのままに記入してください。

学校名	児童生徒氏名
宇都宮市立 小学校	
宇都宮市立 中学校	(男・女) 年 月 日 先生

区 画	小 学 校					中 学 校		
	1年 組	2年 組	3年 組	4年 組	5年 組	1年 組	2年 組	3年 組
出席番号								
保護者印								

宇都宮市教育委員会 (2019年2月改訂)

クラス・番号は、入学後記入します。
保護者印を必ず押印してください。

横川中学校
担当 養護教諭
TEL 656-2441

既往症 1 頁

既往症

氏名

1. これまでにかかった病気に○をつけ、かかった時の年齢と現在の状況を記入してください。現在の状況に変化があったときは、前回の記載に二重線を引いて、新たに○をつけてください。

病名	初発年齢	現在の状況(○印)		医療機関名	現在の治療	
		治療中	療養中		治療中	療養中
1. 心臓病						
2. 腎臓病						
3. てんかん						
4. ひきつり・難治性けいれん						
5. その他						

0. 学校生活管理指導票の有無

心疾患(有・無) 腎疾患(有・無) その他(有・無)

2. 該当する項目について必要事項を記入し、現在もアレルギーがある場合、該当する学年の欄に○をつけてください。服薬も同様です。
※学校での管理・配慮を希望する場合には、学校生活管理指導票の提出が必要です。

アレルギー疾患名	原因物質	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
1. 食物アレルギー										
2. 薬品アレルギー										
3. アレルギーその他										
4. 気管支ぜん息										
5. アトピー性皮膚炎										
6. アレルギー性結膜炎										
7. アレルギー性鼻炎										
8. 化学物質過敏症										

3. 予防接種歴について、該当する項目に○をつけてください。

予防接種種別・既往歴・副作用歴	接種回数	接種年															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
① 日本脳炎																	
② 日本麻疹																	
③ 3種混合ワクチン(百日咳・破傷風)																	
④ 4種混合ワクチン(百日咳・破傷風・おたふく)																	
⑤ 麻疹(はしか)																	
⑥ 風疹(二日ばしか)																	
⑦ 水痘(水ぼうし)																	
⑧ 流行性耳下腺炎(おたふく)																	
⑨ 肺炎球菌性肺炎(肺炎球菌ワクチン)																	
⑩ インフルエンザワクチン(計1回)																	
⑪ BCG																	
⑫ その他任意接種等で受けたものがあり、また記入してください。																	

4. 交通事故等で大きなけがをして、現在も後遺症等があれば、記入してください。

事故発生年月	後遺症等
年 月	

あてはまるものに○印をつけてください。

現在の健康状態 2 頁

現在の健康状態

氏名

あてはまるものがありましたら、現在の学年の欄に○をつけてください。

項目	学年	小学校						
		1	2	3	4	5	6	7
1. 熱が出やすい	平均							
2. 頭痛を繰り返しやすい								
3. 下痢になりやすい								
4. 便秘になりやすい								
5. 吐きやすい								
6. 疲れやすく、元気のないことが多い								
7. 急に立ちくらみを感じることがある								
8. 気を失って倒れたことがある								
9. 嘔吐やじんましんが出やすい								
10. 気になる皮膚病がある								
11. 人の話を聞きなおすことがある								
12. 興奮で震えることがある、顔が赤くなる								
13. よく鼻水が出る								
14. よく鼻づまりが出る								
15. 鼻血が出やすい								
16. 唾液を嚥下していることが多い								
17. 鼻汁がはけやすい								
18. 鼻筋の部分がまぶたに食い込むことがある、目尻が赤くなる、目尻が腫れる								
19. 目やま・コンタクトレンズを使用している								
20. コンタクトレンズを使用で見にくい、目やま・コンタクトレンズを使用している								
21. 目の奥が痛んだり、まぶたが赤くなることがある								
22. 遠視や近視や両眼視力が異なる								
23. 遠くから音が聞こえることがある								

現在治療中の病気、その他学校側に相談したいことがありましたら、記入してください。

学年	治療中の病気
小1	
小2	
小3	
小4	
小5	
小6	
中1	
中2	
中3	

体温記入を忘れずに

あてはまるものに○印をつけてください。

運動器検診保健調査票 3 頁

運動器検診保健調査票

氏名

あてはまるものがありましたら、現在の学年の欄に○をつけてください。

項目	調査内容	小学校						中学校		
		1	2	3	4	5	6	1	2	3
1	継続して特定のスポーツをしている (あてはまる場合は、スポーツ種目を記入)									
2	現在、骨・関節や骨格のけがや病気の治療をしている (あてはまる場合は、治療部位を記入)									

※あてはまる調査内容の該当学年欄に○ (または◎) をつけてください。 (※例) 1~10は痛みがあるが運動できる場合は○、痛みがあり運動できない場合は◎をつけてください。)

項目	調査内容	学年															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
1	まっすぐ立った姿勢で後ろから見て、肩の両側に左右差がある																
2	立った姿勢で後ろから見て、肩の両側に左右差がある																
3	立った姿勢で後ろから見て、肩甲骨の高さを両肩出しに左右差がある																
4	立った姿勢で後ろから見て、ウエストラインに左右差がある																
5	膝を前に出ると左右差がある																
6	膝を後ろに出すと左右差がある																
7	肩(両側)に痛みがある ※																
8	肘(両側)に痛みがある ※																
9	腕関節(肘の付け根)に痛みがある ※																
10	肩(両側)は腕が振れない ※																
11	肩(両側)は腕が振れない ※																
12	肘(両側)は腕が振れない ※																
13	腕が振れない ※																
14	足のうらまを全床につけて、完全に止まることができない ※																
15	その他の関節に痛みや動きの悪いところがある (あてはまる場合は、関節名を記入)																

精密検査結果記入欄

年	月	診断名	治療状況

名前を記入

該当するものがあつたら指示のとおり○又は◎をつけてください。

結核問診票 6 頁

結核問診票

氏名

○を質問の該当する欄に○を記入してください。

質問	内容	中1			中2			中3		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
質問1	今までに結核性の病気に感染し、肺結核、顕微鏡、もしくは、胸部レントゲン結核にかかったことがありますか?									
質問2	今までに結核の感染を受けたとして予防薬を飲んだことがありますか?									
質問3	生まれてから家族や同居の人に結核にかかった人がいますか?									
質問4	過去5年以内に通算して半年以上、外国に滞在していたことがありますか?									
質問5	2週間以上「せき」や「たん」が続いていますか?									
質問6	医療機関で受診していますか?									
質問7	ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などといわれていますか?									
質問8	今までBCGの接種(スタンプ式の予防接種)を受けたことがありますか?									

【結核検査の記録(一次)】

検査項目	検査年月日	結果
レントゲン検査	年 月 日	要精検・異常なし
レントゲン検査	年 月 日	要精検・異常なし

質問の該当する欄に○を記入してください。