

**秘 保健調査票**

- ★ この調査票は、皆さんが健康で安全な高校生活を送れるように、日頃の健康管理に役立てるためのものです。  
秘密は厳守されますので、安心してありのままを記入してください。
- ★ 緊急連絡先は、自宅以外で必ず連絡が取れるところ(携帯電話など)をお書き下さい。

沖縄県立首里高等学校

年	組	番	男・女	(ふりがな) 氏名	
部活動		生年月日	平成	年	月 日 生 (満 歳)
現住所	Tel ( )				
緊急 連絡先	続柄	氏名	電話番号 (携帯電話)		職場名及び電話番号
			(携帯: — — )		— —
			(携帯: — — )		— —

1. 今までに罹った病気やケガ、現在治療中の病気やケガがあれば、該当するところに記入または○印をつけてください。

1. 心臓の病気	病名:	( )才～( )才	治った・治療中・治療中断・経過観察
2. 腎臓の病気	病名:	( )才～( )才	治った・治療中・治療中断・経過観察
3. 肝臓の病気	病名:	( )才～( )才	治った・治療中・治療中断・経過観察
4. 胃腸の病気	病名:	( )才～( )才	治った・治療中・治療中断・経過観察
5. 耳鼻咽喉の病気	病名:	( )才～( )才	治った・治療中・治療中断・経過観察
6. 皮膚の病気	病名:	( )才～( )才	治った・治療中・治療中断・経過観察
7. 目の病気	病名:	( )才～( )才	治った・治療中・治療中断・経過観察
8. その他の病気	病名:	( )才～( )才	治った・治療中・治療中断・経過観察
9. 大きなケガ	病名:	( )才～( )才	治った・治療中・治療中断・経過観察
10. てんかん	( )才～( )才	治った・治療中・治療中断・経過観察	
11. ぜん息	( )才～( )才	治った・治療中・治療中断・経過観察	
12. アトピー性皮膚炎	( )才～( )才	治った・治療中・治療中断・経過観察	
13. アレルギー性鼻炎	( )才～( )才	治った・治療中・治療中断・経過観察	
14. アレルギー性結膜炎	( )才～( )才	治った・治療中・治療中断・経過観察	
① 食物アレルギー (ある・ない)	・アレルギーを起こす食べ物を記入してください ( )		
② 薬品アレルギー (ある・ない)	・アレルギーを起こす薬品を記入してください ( )		
③ アナフィラキシー症状 (激しいアレルギー症状やショック症状等) (ある・ない)	・携帯している、緊急時に備えた処方薬があれば記入してください ( )		
15. 麻疹(はしか)	( )才 いいえ・不明	MRワクチンを受けたことがある	
16. 風疹(三日はしか)	( )才 いいえ・不明	はい ( )才・いいえ・不明	

※うらにも質問があります

2. 現在治療中の病気やケガがあれば、記入してください。

また、体育実技・マラソン・水泳・学校行事において配慮が必要な場合は詳しく記入してください。

治療中の傷病名 :	運動制限: ( ある ・ ない ) ※ある場合は詳しく記入
病院名 :	

3. 最近の健康状態について、あてはまるものに○印をつけてください。

内科	身体がだるく、疲れやすい	整形外科 (別紙参照)	背骨が曲がっている	
	立ちくらみやめまいをよく起こす		腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある	
	よく頭痛がある		腕、脚を動かすと痛みがある	
	気を失って倒れたことがある		腕、脚に動きの悪いところがある	
	お腹の調子が悪くなりやすい		片脚立ちが5秒以上できない	
	胃が痛むことがある		しゃがみこみができない	
	心臓が悪いと言われたことがある		その他	孤独だと感じることもある
	関節がよく痛む			ちょっとしたことでイライラする
	胸や心臓に痛みを感じる			最近、過呼吸を起こしたことがある
耳鼻咽喉科	耳が聞こえにくい (右・左)	生活習慣について	化学物質や、香りで体調がわるくなったことがある	
	耳垂れが出ることもある (右・左)		朝食 (A) 毎日食べる (B) 時々食べる (C) 食べない	
	耳鳴りがある		昼食 (A) 毎日食べる (B) 時々食べる (C) 食べない	
	いつも、鼻づまりや鼻水が出る		夕食 (A) 毎日食べる (B) 時々食べる (C) 食べない	
	よく鼻血が出る		睡眠 (A) よく眠れる (B) 眠りが浅い (C) 眠れない	
	喉が腫れて熱が出る		排便 (A) 毎日ある (B) 便秘がち (C) 下痢ぎみ	
眼科	最近、急にものが見えにくくなってきた	(月経女子のついで)	1. 月経周期は ア)不順 イ)順調	
	目やに充血がよくある		2. 月経痛は A)学校を休むほどひどい	
	目が疲れやすい		B)不快感はあるが我慢する	
	人と色の見え方が違うと指摘されたことがある		C)痛み止めの薬でおさえる D) ない	

4. 現在、心身のことで気になっていることや学校生活で配慮して欲しいことがあれば記入してください。

●●●●●●●● ●これより下は、生徒は記入しないでください ●●●●●●●●  
(医師記入欄のため)

校医健診結果	所 見	備 考
1. 所見なし	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">・心雑音</li> <li style="width: 33%;">・甲状腺肥大</li> <li style="width: 33%;">・鼻炎</li> <li style="width: 33%;">・不整脈</li> <li style="width: 33%;">・喘息</li> <li style="width: 33%;">・中耳炎</li> <li style="width: 33%;">・貧血</li> <li style="width: 33%;">・肥満</li> <li style="width: 33%;">・難聴</li> <li style="width: 33%;">・脊椎側弯症</li> <li style="width: 33%;">・やせ</li> <li style="width: 33%;">・その他</li> <li style="width: 33%;">・胸郭変形</li> <li style="width: 33%;">・アトピー性皮膚炎</li> </ul>	[ ]
2. 経過観察	<ul style="list-style-type: none"> <li>・扁桃腺肥大</li> </ul>	
3. 要受診		

※所見が2つ以上の場合、所見の傷病名のとなりに検診結果番号を記入して下さい。  
(例: 貧血3・鼻炎2→貧血は要受診・鼻炎は経過観察)