

＊保健調査票 表裏両面をもれなくご記入ください。

緊急時に病院へ搬送する時や、早退する時に利用させていただきますので、日中必ずつながる連絡先をご記入ください。

秘

保健調査票

年組番

大阪市立今市中学校

この調査票は、健康診断や校内での事故や急病時に適切な処置を行うための書類です。正確にご記入ください。(記入できない項目についてはご連絡ください) 変更のある場合は、その都度ご連絡ください。

ふりがな

平熱

男・女

生年月日

H

年

月

日

生徒名

現住所

旭区

電話番号

卒業小学校

小学校

ふりがな

保護者名

4月現在、同居しているきょうだい(例:弟(小6)、姉(23歳)など)

保険証の有無

(あり・なし)

ひとり親医療証の有無

(あり・なし)

こども医療証の有無

(あり・なし)

緊急時の連絡先

連絡先(勤務先名・親戚宅名・携帯電話など)

本人との関係

電話番号

か医か療りつ関係の

内科・小児科

TEL()

歯科

TEL()

外科・整形外科

TEL()

その他

TEL()

◆今までにかかった病気

かかった(治った)・・・○ 予防接種・・・● 通院中・・・「通院中」と記入してください。

麻疹(はしか)	ぜんそく	ひきつけ(てんかん)
水痘(みずぼうそう)	アトピー性皮膚炎	貧血
耳下腺炎(おたふくかぜ)	慢性副鼻腔炎	心臓病
風疹(三日ばしか)	中耳炎	腎臓病
その他()		

◆健康上、特に気をつけてほしいことや、治療中または経過観察中の病気やケガ等、学校に知らせておきたいこと、学校から緊急搬送する際に医師に伝えることがあればご記入ください。

◆健康状態

*現在の健康状態
あてはまる項目
あてはまる項目

・あてはまる項目に○をしてください。

該当する番号に○をする

項目	連絡事項
眼科	1 メガネやコンタクトレンズを使用している。 2 涙や目やにが出たり、目がかゆくなることがある。 3 本やテレビを見る時に目を近づけて見にくそうにしている。 4 涙ると、目が充血しやすい。 5 目の視線がずれることがある。 6 現在、眼科で治療中の病気がある。()
耳鼻咽喉科	7 人の話や、音が聞き取りにくい。 8 鼻音で気になることがある。() 9 鼻血が出やすい。 10 かぜをひいてなくても鼻水・くしゃみ・鼻づまりがみられる。 11 ふだん、口を開けている。 12 扁桃腺(のど)が腫れやすく、痛みや熱が出ることがある。 13 現在、耳鼻咽喉科で治療中の病気がある。()
歯科	14 現在歯の矯正をしている。 15 口を開けた時、あご関節が痛い。 16 熱いもの、冷たいものが歯にしみる。 17 歯を磨いたり、固いものを食べたりすると歯ぐきから血が出る。 18 歯並びやかみ合わせが気になる。
整形外科	19 腰を曲げたり、そらしたりすると痛みがある。 20 腕・肘に痛みがある。または動きの悪いところがある。 21 片足立ちが5秒以上できない。 22 かかとをつけた状態でしゃがみこみができない。 23 現在、整形外科で治療中のけががある。()
内科	24 せきやたんがよく出る。 25 頭痛をおこしやすい。 26 胃腸をこわしやすい。(下痢・便秘・胃痛・嘔吐) 27 日常的に食べ物を飲み込むときに、のどをつまらせやすい。 28 立ちくらみやめまいを感じることもある。 29 少しの運動で動悸や息切れがする。 30 暑気痛に酔いやすい。 31 この1年間で、気を失って倒れたことがある。 32 この1年間で、ぜんそくの発作があった。 アレルギー性の症状について、ご回答ください。アレルギーかかりつけ医療機関名() 症状に○をしてください(鼻炎・結膜炎・ぜんそく・じんましん・腹痛嘔吐・他) 33 原因物質(アレルギー性症状が出た時の記録表)
34	上記の項目にあてはまるものがない

・あてはまる項目が一つもなければ、○をしてください。

色覚検査について
現在、色覚検査は学校保健安全法などの改正により、定期健康診断の必須項目には含まれていませんが、進学や就職に際して、自身の色の感じ方を知っておきたいという希望者につきましては、学校にてスクリーニング検査を個別に実施いたします。希望される方には申込用紙をお渡しいたしますのて、保健室までご連絡ください。

今市中学校 06-6952-0371

* 心臓検診調査票

質問 1 ～ 5 までのすべての質問に

「はい」「いいえ」どちらかに○をしてください。

* 結核健康診断調査票

「はい」「いいえ」どちらかに○をしてください。

*** 独立行政法人日本スポーツ振興センター**

加入同意書及び代理受領委任書

(様式1)

心 臓 検 診 調 査 票

(小学1年生、中学1年生、高校1年生用)

・学校名、年組番、名前(ふりがな)、性別、生年月日

※1. 学校心臓検診で得られた情報は、大田市個人情報保護条例を遵守し、個人情報として取り扱われ、統計資料として使用する場合があります。

◎記入上の注意： あてはまる言葉を○で囲み、空欄には通称や仮名を書き入れてください。

学 校 名	年 組	姓・ 名	性	生 年 月 日
-------	-----	---------	---	---------

質問1. 今までに医師から心臓病を患っていることがありましたか。(川崎病を除く)

「はい」と答えた人は下の表に記入してください。

(1)	はいと答えたのは、()歳、()月の時
(2) その時の病名	A. 先天性心臓病 (病名:)
	B. 不整脈 (病名:)
	C. その他 (病名:)
(3) その後の様子	あ. 検査後すぐで異常なかった
	い. 手術を受けた
	う. 内科的な治療を受けた
	え. 現在も定期的に受診している
	最終受診日 ()
	次回受診予定日 ()
管理指導医の検出 ()	
お. 定期的に受診していたが今は受診していない	

・「はい」の場合は、その下表の質問にも答えてください。

・「はい」の場合は、裏面の「川崎病調査票」もすべてご記入ください

質問4. 最近2、3年で次のようなことがありますか。

- ときどき脈がとぎれる
- 何もしないのに、急に心臓が早く(1分間に150回以上)打つことがある
- 運動中または運動後に息を失ったことがある

(それは、) 原因、診断名 ()
(そのときの状況:)

質問5. 血縁者(両親、兄弟姉妹、祖父母、おじ・おばなど)についておたずねします。

(1) 心臓の悪い方がいますか。

「はい」の時

a. それは誰ですか

b. その病名は

1. 兄、兄弟姉妹 2. 父母 3. 父、父母

4. 叔心臓 5. 心臓病

6. ホルガダ症候群 7. その他 ()

(2) ()

・ すべての項目について、「はい」「いいえ」のどちらかに○をしてください。

① (イ. はい 〇. いいえ)	② (イ. はい 〇. いいえ)
③ (イ. はい 〇. いいえ)	④ (イ. はい 〇. いいえ)
⑤ (イ. はい 〇. いいえ)	⑥ (イ. はい 〇. いいえ)
⑦ (イ. はい 〇. いいえ)	⑧ (イ. はい 〇. いいえ)

平成29年3月発行 大田市教育委員会

しょうがっこう わんせい ちゅうがっこう わんせいよう
 小学校2年生～中学校3年生用

(様式2)

結核健康診断調査票

ほごしや かいふ ねんし
 保護者の方にお願ひ

- 記入日・学校名
- 年組番・名前

生活を送るには、健康に気をつけなければなりません。結核の
 期健康診断の中で実施していきます。
 所が正しく行われるために必要ですので、現在のお子様の健康
 害に関する健康診断の目的以外に使用されることはありません。

記入年月日： 年 月 日				
学校名	年	組	番	名前

質問内容		どちらかを○で囲んでください
質問1	最近「せき」や「た	はい
※質問1ではいと答えた方のみお答えください。		いいえ
質問2	(結核性の病氣(肺浸潤胸膜炎、またはろくまく炎、	はい・いいえ
質問3	2年以内で	はいの場合
質問4	過去2年以内で該当しない場合、	いいえの場合
質問5	通算して半年以上、外国に住んでいたことがありますか？	はいの場合
※質問4ではいと答えた方のみお答えください。		いいえの場合

その他、お子様について、結核のことで気になることがあればご記入ください。

大阪府教育委員会

・何かありましたらご記入ください。

がっこう

学校でのけがには…

平成 年4月 大阪市教育委員会

どくろけうせいはいほうしん じんごう せんごう かんごう

独立行政法人日本スポーツ振興センター加入のご案内

お子さんの入學、ご進学を心からお祝い申し上げます。

学校教育で、お子さんをあらゆる災害からお守りすることは重要なことです。本市におきましては安全管理・安全教育に努力しているところですが、残念ながらことに事故発生を全くなくすることはできません。学校授業中、課外指導中、休憩時間中、通学中で起こったけが等に対して、独立行政法人日本スポーツ振興センター法にもとづき、医療費等が

- ・詳細につきましては、入学説明会で配布した「学校案内」をご覧ください。
- ・本校では全員に加入していただいています。
- ・生活保護世帯と就学援助制度の認定を受けた生徒につきましては、掛け金を市及び国が負担します。

【保護者が就学援助制度の認定を受けている児童生徒】については、掛金を市及び国が負担します。

○ おもな給付内容（センター法施行令第3条による）

医療費	医療保険（健康保険、国民健康保険等）による治療で医療費総額が5,000円以上の場合に、その1割と自己負担額が給付されます。（同一災害のけが・病気の医療費は初診から最長10年間給付されます）
死亡見舞金	2,800円（突然死および通学中の災害は1,400円）
障害見舞金	障害の部位、程度により82万円から3,770万円まで（通学中の災害は41万円から1,885万円）

〔注1〕災害金支給給付を受ける権利は、給付事由が生じた日から2年間請求を行わないと時効によってなくなります。

〔注2〕養護教育諸学校に通う生活保護世帯による保護を受けている世帯の児童生徒は、上記のうち医療費について、センター法施行令第3条第6項により給付対象外です。また、養護学校の生徒の自己の故意、重大過失による災害については、上記の給付は行われません。

・日付・年組番・お子さまのお名前・保護者名をご記入いただき、**印鑑を忘れずにご捺印ください。**

ご記入欄

学校長 様

年 組 番 お子さんのなまえ

捺印欄

保護者名

印

どくろけうせいはいほうしん じんごう せんごう かんごう

独立行政法人日本スポーツ振興センターに加入し、学校長に共済給付金代理受領を委任します。