



# 令和△年度保健調査票 記入例

埼玉県立戸田翔陽高等学校

1年次	2年次	3年次	4年次
-----	-----	-----	-----

① 緊急時の連絡先を2カ所以上記入してください。  
 (例：携帯と勤務先、父と母の連絡先等)  
 ② 緊急時の連絡に使用しますので、優先順位を記入してください。

(ふりがな)	とだ しょうこ	性 別	男・ <b>女</b>	血 液 型	A
生徒氏名	<b>戸田 翔子</b>	生 年 月 日	平成 △△年 △月 △△日生		
(ふりがな)	とだ しょうたろう	住 所	〒△△△-△△△△ <b>戸田市新曽△△△△-△△</b>		
保護者氏名	<b>戸田 翔太郎</b>	通学方法	徒歩・ <b>自転車</b> ・バス・電車 合計 約 30分		

緊急時の連絡先			自宅電話番号	
氏 名	続柄	勤務先名等	電 話 番 号	優先順位
とだ しょうたろう <b>戸田 翔太郎</b>	父	サロット〇〇店	携 帯: 090-△△△△-△△△△	4
			勤 務 先: 03-△△△△-△△△△	5
とだ はなこ <b>戸田 花子</b>	母	株式会社〇〇〇	携 帯: 080-△△△△-△△△△	3
			勤 務 先: 048-△△△-△△△△	6
とだ たろう <b>戸田 太郎</b>	祖父		携 帯: 090-△△△△-△△△△	2
			勤 務 先: 自宅048-△△△-△△△△	1

## 2. 既往症 (幼児から現在までにかかった病気)

種 類	病 名	年齢	経過と現在の様子	種 類	病 名	年齢	経過と現在の様子
心 臓 病	心室中隔欠損	0	支障なし	てんかん			
腎 臓 病				貧 血			
結 核				難 聴 (右・左)			
耳鼻科疾患				身体障害 (含交通事故)			
過 敏 性 腸 症 候 群				起立性調節障害	13		通院・服薬による治療中
脊 柱 側 わ ん 症				アナフィラキシーショック			
視 力			近視・乱視・遠視・弱視・メガネ使用・ <b>コンタクトレンズ使用</b>				
そ の 他 (入院・手術・病気・けが等)							
疾 ア レ ル ギ 等	疾患名や種類	ぜんそく・皮膚炎・結膜炎・鼻炎 <b>食物</b> ・薬剤・動物・その他 ( )					
	原因物質	えび・かに・小麦・そば <b>卵</b> ・乳・落花生・その他 ( )					
	経過と現在の様子	加熱したものでも、摂取すると息苦しさや痒みなどの症状が出る。		エピペン®	なし・ <b>あり</b>		

3. 最近の健康状態について次の項目であてはまるものがあれば  を記入してください。

- 頭痛をおこしやすい                      色まちがいをしやすい                      腰を曲げたり反らしたりすると痛みがある  
便秘や下痢をおこしやすい                      初経がまだ来ていない                      腕、脚を動かすと痛みがある  
過呼吸発作を起こしたことがある                      生理痛がひどい                      腕、脚に動きの悪いところがある  
気を失って倒れたことがある                      しゃがみこみができない                      片脚立ちが5秒以上できない  
その他、心身の健康状態で気になる点がある（具体的に記入してください。）

**起立性調節障害により、午前中は体を起こすことが難しい。  
症状が出た場合は、保健室で休ませてほしい。**

4. 現在、病気やけがのため通院している場合は記入してください。

傷病名	発生年月日	通院・治療状況等
起立性調節障害 適応障害	令和△年△月～	〇〇〇〇メンタルクリニック通院中、服薬中。 月に1回カウンセリングを行っている。

5. 生活や運動に制限のある身体疾患及び異常により、学校での対応が必要ですか。※〇印をつけてください。

いいえ  
はい

### 質問 5

必ずどちらかに〇をつけてください。

**「はい」を選択した場合、医師の作成した  
学校生活管理指導表を提出してください。**

[\(様式はこちらからダウンロードしてください\)](#)

6. 家族状況

氏名	続柄	年齢	健
戸田 翔太郎	父	48	良好
戸田 花子	母	47	良好
戸田 陽介	兄	19	良好

7. 保険証の種類 ※〇印をつけてください。

社保 ・ 国保 ・ 共済 ・ 受給証 ・ その他 ( ) ・ 保険証なし

8. 生徒理解に必要な情報ですので、回答にご協力ください。※〇印をつけてください。

障害者手帳の所持について  無 ・ 有 ( 身体 ・ 療育 ・ 精神 )

今後の手帳の取得について 考えている ・ 考えていない ・  どちらともいえない

## 日本スポーツ振興センター災害共済給付制度加入同意書

埼玉県立戸田翔陽高等学校長

1年次 組 番 生徒氏名 戸田 翔子

埼玉県教育委員会が日本スポーツ振興センターと締結する災害共済給付契約について、在学する間、上記生徒が加入し、保護者負担分掛金を年次諸経費から支払うことに同意します。

**必ず保護者の方が  
記入してください。**

令和 △ 年 △ 月 △△日

保護者氏名 戸田 翔太郎

(白署)

# 学校心臓検診調査票 (秘)

受診No. こちらは空欄

記入日：令和 年 月 日

**記入日を必ず記入してください。**

学校名	年次	組	番	氏名	フリガナ
埼玉県立戸田翔陽高等学校					

保護者殿 この調査票は、心臓検診判定のために用いられる重要な資料となりますので、正確に記入してください。  
 ◆記入上の注意◆ 質問1～5のすべてに回答してください。なお、質問1～3で「はい」に○をつけた場合は、矢印の右側にある必要事項を記入して下さい。

## 質問1

今までに心臓が悪いと言われたことがありますか？

1. はい → (1) 心臓が悪いと言われたのはいつですか？  
..... 歳 ..... ヶ月頃
2. **いいえ** (2) どこで言われましたか？ ( ) 内に医療機関名を記入してください。  
 1. 生まれた医療機関 医療機関名 (.....)  
 2. その他の医療機関 医療機関名 (.....)  
 3. 学校心臓検診
3. 病名は何と言われましたか？ ( ) 内に病名を記入してください。  
 1. 先天性心疾患 病名 (.....)  
 2. 不整脈 病名 (.....)  
 3. その他 病名 (.....)
4. 心臓の手術を受けたことがありますか？ ( ) 内に医療機関内を記入してください。  
 1. はい 医療機関名 (.....)  
 2. いいえ
5. 現在どうしていますか？  
 1. 現在、心臓の病気で、定期的（含む1年に1回）に医療機関を受診している。  
医療機関名 (.....)  
 2. 毎年、学校で心電図をとる心臓検診を受けている。  
 3. 精密検査の結果、心臓は悪くないと言われた。  
..... 歳 ..... ヶ月頃 医療機関名 (.....)  
 4. 定期的に医療機関を受診するように言われているが、受診していない。  
 5. その他 具体的に (.....)

(必ず、保護者の方がご記入ください)

**必ずどちらかに○**

## 質問2

川崎病にかかったことがありますか？

1. **はい** → (1) 川崎病と診断されたのはいつですか？  
..... 2 歳 ..... 4 ヶ月頃 医療機関名 (..... **○▼□◎** 病院.....)
2. いいえ (2) 心臓に後遺症を残していると言われましたか？  
 1. はい 2. **いいえ** 3. わからない
- (3) 現在、川崎病で定期的に(含む1年に1回)に医療機関を受診していますか？  
 1. はい 医療機関名 (.....)  
 2. **いいえ**

## 質問3

以下のような病気にかかったことがありますか？

1. はい → (1. リウマチ熱 ..... 歳 ..... ヶ月頃  
2. 高血圧 ..... 歳 ..... ヶ月頃  
3. 甲状腺の病気 ..... 歳 ..... ヶ月頃  
4. 貧血 ..... 歳 ..... ヶ月頃)
2. **いいえ**

## 質問4

最近、以下のような症状がありましたか？ 本人に確認の上、記入してください。

1. はい → (1. 何もないのに、急に心臓が早く(いつもの倍ほど)打つことがある。  
2. 脈が時々とぎれる。  
3. 運動中や運動後に気を失ったことがある。
2. **いいえ**

## 質問5

血縁者(両親、兄弟、祖父母、おじ、おば)に、心臓病が原因で、40歳以下で急死した人がいますか？

1. はい
2. **いいえ**

**全員、質問1～5すべてに回答してください。**

学校記入欄

.....  
 所見なし  
 ●養護教諭、担任教諭、体育教諭等からの情報・意見があれば、具体的に記入してください。

《個人情報の保護》個人情報の保護には万全を期します。ご記入いただいた個人情報は心臓検診のためだけに使用し、目的以外で個人の情報が使用されることはありません。