

入学時健康相談予備調査

様式1-①

記入年月日 令和 年 月 日

小・中・高 年

児童生徒氏名

妊 娠 時	母体の状態	<input type="checkbox"/> 良好 ， <input type="checkbox"/> 不良 ()		《特記事項》		
		妊娠高血圧症候群 … <input type="checkbox"/> 有り ， <input type="checkbox"/> 無し				
	胎児の発育	<input type="checkbox"/> 正常 ， <input type="checkbox"/> 異常 ()				
出 産 時	出産した病院	() ， 在胎週…()週		《特記事項》		
	アプガースコア	()点 ， 体重…()g				
	胎 位	<input type="checkbox"/> 頭位 ， <input type="checkbox"/> 骨盤位(逆子)				
	分娩異常	<input type="checkbox"/> 早産 ， <input type="checkbox"/> 難産 ， <input type="checkbox"/> 鉗子 ， <input type="checkbox"/> 吸引 ， <input type="checkbox"/> 帝王切開				
	黄 疸	<input type="checkbox"/> 普通 ， <input type="checkbox"/> 強 … (<input type="checkbox"/> 交換輸血 ， <input type="checkbox"/> 光線療法)				
	保 育 器	<input type="checkbox"/> 有り…()日間 ， <input type="checkbox"/> 無し				
	呼吸管理の有無	<input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 呼吸器 ， <input type="checkbox"/> 酸素吸入) ， <input type="checkbox"/> 無し				
退 院 時	医療的ケア	<input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 気管切開 ， <input type="checkbox"/> 酸素吸入 ， <input type="checkbox"/> 吸引 ， <input type="checkbox"/> 注入 ， <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> 無し				
乳 児 期	栄 養	<input type="checkbox"/> 母乳 ， <input type="checkbox"/> 人工 ， <input type="checkbox"/> 混合 ， <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養		《特記事項》		
	哺 乳 力	<input type="checkbox"/> 強い ， <input type="checkbox"/> 普通 ， <input type="checkbox"/> 弱い ， <input type="checkbox"/> 吸わない				
	離 乳	完了時期…()歳()ヶ月 ・ まだ				
発 育 状 況	首のすわり	()歳()ヶ月 ・ まだ	つかまり立ち	()歳()ヶ月 ・ まだ		
	あやすと笑う	()歳()ヶ月 ・ まだ	歩き始め	()歳()ヶ月 ・ まだ		
	寝 返 り	()歳()ヶ月 ・ まだ	初 語	()歳()ヶ月 ・ まだ		
	這い這い	()歳()ヶ月 ・ まだ				
既 往 歴	脳 炎	()歳	ぜんそく	()歳	麻疹(はしか)	()歳
	髄 膜 炎	()歳	アトピー性皮膚炎	()歳	風疹(三日ばしか)	()歳
	頭部外傷	()歳	心臓疾患	()歳	水痘(水ぼうそう)	()歳
	熱性けいれん	()歳	腎臓疾患	()歳	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	()歳
	てんかん	()歳	眼疾患	()歳	百 日 咳	()歳
	肺 炎	()歳	耳鼻疾患	()歳	ジフテリア	()歳
	結 核	()歳	皮膚疾患	()歳	日本脳炎	()歳
予 防 接 種	B C G	()歳	肺炎球菌	()歳 ()歳		
	ポリオ・ジフテリア・破傷風・百日咳 (四種混合ワクチン)	()歳 ()歳	水痘(水ぼうそう)	()歳 ()歳		
	日本脳炎	()歳 ()歳	おたふくかぜ	()歳 ()歳		
	麻疹・風疹 (MRワクチン)	()歳 ()歳	B型肝炎	()歳 ()歳		
	ヒ ブ	()歳 ()歳	その他()	()歳 ()歳		

入学時健康相談予備調査

様式1-②

↓病歴欄が足りない場合は別紙様式2-②OPを使用してください。

病歴 (有・無)	※これまでの大きな病気(入院・手術等をともなったもの等)及びその治療経過について		
	年 月 ; ()歳時	病 名 (手術部位等)	医療機関名
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 食物 ・ <input type="checkbox"/> 薬品 ・ <input type="checkbox"/> その他 (原因となるもの) 主なアレルギー症状()	
ぜんそく	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	初発年齢 () 歳頃 最終発作 () 歳頃 発作時の対応()	
心臓疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 完治 ・ <input type="checkbox"/> 定期検査のみ ・ <input type="checkbox"/> 現在も治療中 診断名() 手術()	
腎臓疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 完治 ・ <input type="checkbox"/> 定期検査のみ ・ <input type="checkbox"/> 現在も治療中 診断名()	
眼疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 完治 ・ <input type="checkbox"/> 定期検査のみ ・ <input type="checkbox"/> 現在も治療中 診断名() 視力 右 () , 左 ()	
耳鼻疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 完治 ・ <input type="checkbox"/> 定期検査のみ ・ <input type="checkbox"/> 現在も治療中 診断名() 聴力 右 () , 左 ()	
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 完治 ・ <input type="checkbox"/> 定期検査のみ ・ <input type="checkbox"/> 現在も治療中 診断名()	
運動制限	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
食事制限	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(薬等の影響で摂食を制限しているもの)	

入学時健康相談予備調査

保護者記入	記入年月日；(令和 年 月 日)
-------	------------------

児童生徒氏名	
--------	--

てんかん発作状況調査

てんかん発作	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
--------	---

《最初の発作》 ()歳()ヶ月頃	《現在の発作の有無》 <input type="checkbox"/> 有 ; 発作の頻度 ⇒ 年()回, 月()回, 日()回 <input type="checkbox"/> 無 ; 最後の発作 ⇒ ()歳()ヶ月頃
-----------------------	---

《起こりやすい時期や時間帯》 <input type="checkbox"/> 春, <input type="checkbox"/> 夏, <input type="checkbox"/> 秋, <input type="checkbox"/> 冬 <input type="checkbox"/> 季節の変わり目 ⇒ ()から()の変わり目 <input type="checkbox"/> 時間帯 { } <input type="checkbox"/> その他 { } <input type="checkbox"/> 特には, 決まっていない	《発作の前兆》 <input type="checkbox"/> 有 { } <input type="checkbox"/> 無
---	---

発作時のようす	具体的に記入してください。
	●発生時の状況(呼吸状態)
	●発作の様子(部位)

発作時の対応	
--------	--

検脳 査波	検査日	平成 令和	年 月 日	結果	
----------	-----	----------	-------	----	--

