

# 健康記録票

ふりがな	
氏名	

既往歴	今までにかかった病気がありましたら記入してください。							
病名	○印	年齢	病名	○印	年齢	病名	○印	年齢
腎臓病			喘息			水疱 (みずぼうそう)		
肝臓病			結核			麻疹 (はしか)		
糖尿病			川崎病			流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		
胃・十二指腸潰瘍			リウマチ熱			その他 ( )		
自律神経失調症			ひきつけ・痙攣					
起立性調節障害			中耳炎					
視力	(近視・遠視・弱視) メガネ (有・無) コンタクトレンズ (有・無)							
聴覚異常	右耳・左耳							
食物アレルギー 食品名 ( )				薬品アレルギー 薬品名 ( )				
その他 アレルギー ( )								
アナフィラキシー症状を起こしたことがありますか はい いいえ								
エピペンが処方されていますか はい いいえ								
※心臓について今までに異常があると言われたことがありますか。								
はい <span style="float: right;">いいえ</span>								
学校の (検診・心電図検査) で								
その他 ( )								
いつごろ ( )								
病名 ( )								
※今までに病気その他の理由で2週間以上欠席 (入院含む) したことがありますか。								
はい <span style="float: right;">いいえ</span>								
病名 ( )								
欠席 ( )								
手術・入院 ( )								
※現在、治療中の病気や怪我がありますか。								
はい <span style="float: right;">いいえ</span>								
病名 ( )								
いつから ( )								
経過 ( )								
病院名 ( )								
※家庭から学校への連絡欄								
体育・部活動・学校行事等、学校生活において健康上、気をつけることなどあれば書いて下さい。上欄と重複しても構いません。								