



健康に関する予備調査票

倉敷市立倉敷支援学校

ふりがな		男 女	生年月日	平成	年	月	日
生徒氏名			血液型	()	型	RH (+ -)	
			身長				cm

○ 病歴（今までにかかった主な病気）について
該当するものに年齢を記入し、該当しないものには斜線を記入してください。

病 名	年 齢	病 名	年 齢
麻疹（はしか）		心臓病 []	
風疹（三日ばしか）		川崎病	
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		腎臓病 []	
水痘（水ぼうそう）		糖尿病	
けいれん		肝臓病 []	
四肢の麻痺・運動障害		虫垂炎（盲腸）	
難聴（右・左）		その他 []	
斜視・視力障害			
事故・外傷等			
手術（有・無）	病名：		
てんかん発作（有・無）	服薬（有・無） 薬品名：		
ぜんそく発作（有・無）	服薬（有・無） 薬品名：		
食物アレルギー（有・無）	原因となるもの：		
その他のアレルギー（有・無）	原因となるもの：		

○ 医療行為・医療的ケアについて
該当するところに☑を記入してください。

医療行為・医療的ケアを必要としない

医療行為を必要とする {服薬・座薬の挿入・吸入薬の吸入・その他()}

医療的ケアを希望する {痰等の吸引・経管栄養・導尿・その他()}

○ 予防接種について
受けているものに、接種年月日を記入してください。（親子手帳等で確認してください）

三・四種混合 (百日ぜき、破傷風、ジフテリア、 【ポリオ】)	H i b	MRワクチン (麻疹・風疹)	日本脳炎
1回目： . .	1回目： . .	1回目： . .	1回目： . .
2回目： . .	2回目： . .	2回目： . .	2回目： . .
3回目： . .	3回目： . .	肺炎球菌	3回目： . .
追加： . .	追加： . .	1回目： . .	追加： . .
ポリオ	BCG： . .	2回目： . .	水痘
1回目： . .	流行性耳下腺炎	3回目： . .	1回目： . .
2回目： . .	1回目： . .	追加： . .	2回目： . .
3回目： . .	追加： . .	その他 (あれば記入して ください)	
追加： . .			