

# 健康調査票

20 年 月 日記入

組:氏名

平成 年 月 日生まれ

【1】下記疾患について該当する箇所に○印、必要事項の記入をお願い致します。

疾患名	既往有無	発症年齢	治療内容、その他	発作の原因
1 気管支喘息	有 無	歳 月	・内服している(毎日・発作時のみ)	・無 ・不明
又は喘息様気管支炎	医院名:		・吸入している(毎日・発作時のみ)	・有( )
2 アレルギー性 鼻炎	有 無	歳 月	・原因物質 ・有( )・無 ・不明	
	医院名:		・内服している(毎日・症状時)	
3 アトピー性 皮膚炎	有 無	歳 月	・原因物質 ・有( )・無 ・不明	
	医院名:		・内服している(毎日・症状時)軟膏塗布(毎日・症状時)	
4 アレルギー性 結膜炎	有 無	歳 月	・原因物質 ・有( )・無 ・不明	
	医院名:		・点眼(毎日・症状時)・内服(毎日・症状時)	
5 中耳炎	有 無	歳 月	・(急性・ <sup>しんじゅつせい</sup> 滲出性)である・内服(毎日・症状時)	
	医院名:		・鼓膜切開処置を受けた(H、年 月)	
6 食物アレルギー	有 無	歳 月	・原因食品( )	
	医院名:		・除去食品 有( )無	
7 熱性けいれん	有 無	歳 月	・けいれん止め座薬の処置 有 ・無	
	医院名:		・今までのけいれん発作の回数( ):最終H、年 月	
8 関節脱臼	有 無	歳 月	・脱臼部位:右肩( )回 左肩( )回	
	医院名:		・右肘( )回 左肘( )回:最終20 年 月	
9 その他の疾患	有:疾患名( )			無
症状と治療経過:発作時期 20 年 月				
-----				
-----				
-----				

【2】感染症、予防接種について該当箇所に○印、年齢等ご記入下さい。

※今までにかかった感染症		罹患年齢	※予防接種※接種年月日記入			
1 麻疹(はしか)	有 無	歳	BCG	年 月		
2 風しん	有 無	歳	四種混合	年 月	年 月	年 月
3 流行性耳下腺炎	有 無	歳	四種混合 追加	年 月		
4 水痘	有 無	歳	MR	年 月	年 月	
5 百日咳	有 無	歳	日本脳炎	年 月	年 月	年 月
6 肝炎(キャリアー)	有 無	歳	おたふくかぜ	年 月		
その他			水ぼうそう	年 月	年 月	