



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 生徒氏名		男 女	生年月日	平成 年 月 日
			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 該当するものがあれば、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）
ぜんそく発作（有・無）	服薬（有・無）
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

○ 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。

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： . .
水痘（水ぼうそう）	BCG： . .	2回目： . .	その他（あればご記入下さい）
1回目： . .	流行性耳下腺炎	3回目： . .	
追加：	追加： . .	