

記入例

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	○○ ○○	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
生徒氏名	○○ ○○		血液型	(○) 型 RH (<input checked="" type="radio"/> + <input type="radio"/> -)
			身長	160 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 []	/
風しん（三日ばしか）	/	川崎病	4歳
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	1歳～	肝臓病 []	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 該当がない場合は、年齢の欄に＼を記入してください。 </div>
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・ <input checked="" type="radio"/> 無）	病名：
てんかん発作（ <input checked="" type="radio"/> 有・無）	服薬（ <input checked="" type="radio"/> 有・無） 薬品名：セレニカR顆粒40%
ぜんそく発作（有・ <input checked="" type="radio"/> 無）	服薬（有・無） 薬品名：
食物アレルギー（ <input checked="" type="radio"/> 有・無）	原因となるもの：ピーナッツ，そば
その他のアレルギー（有・ <input checked="" type="radio"/> 無）	原因となるもの：

食べ物以外(薬品, 動物, 化学物質など)のアレルギーがあれば記入してください。

○ 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）

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・風しん）	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： . .	