

学 童 健 康 調 査 表

令和 年 月 日現在

学	フリガナ		性別	平成 年 月 日生					
	氏名								
童	現住所								
かかりつけの病院名		小児科・内科		電話	()				
		外科		電話	()				
当てはまる番号に○をつけ、記入してください。	1	平熱は 度 分							
	2	病気等について							
	か か っ た 病 気	1	はしか（麻しん）	有・無	予 防 接 種	1	麻疹風疹混合	済・未	左記の病気以外で、今までにかかった病気がありますか。 () (歳) () (歳) () (歳)
		2	風疹	有・無		2	水ぼうそう	済・未	
		3	水ぼうそう	有・無		3	おたふくかぜ	済・未	
		4	おたふくかぜ	有・無		4	四種混合	済・未	
	お こ し や す い 体 質	1	胃腸が弱い。			8	乗り物に酔いやすい。		
		2	熱を出しやすい。			9	どもりやすい。		
		3	ひきつけをおこしたことがある。			10	小便がちかい。		
		4	貧血をおこしやすい。			11	夜尿症である。		
		5	好き嫌いがはげしい。			12	鼻血を出しやすい。		
		6	てんかんをおこしたことがある。			13	その他		
		7	ぜんそくをおこしやすい。				()		
	慢 性 疾 患	1	耳鼻咽喉科 ()			3	皮膚科 ()		
		2	眼科 ()			4	その他 ()		
ア レ ル ギ ー	食品や薬物、花粉などのアレルギーがありますか。 <input type="checkbox"/> 提出します (1) ある (2) ない ※食物アレルギーの方：小学校に「学校生活管理指導表」を <input type="checkbox"/> 提出を検討中 ある場合は具体的に記入してください。 <input type="checkbox"/> 提出しません []								
蜂	蜂にさされたことがありますか。 (1) ある (2) ない ある場合は具体的に記入してください。 [歳頃 そのときの症状と対応]								
現在投薬中、治療中及び医療的ケアを受けているときは記入してください。									
定期に服用している薬の名称									
治療等名									
開始年月日									
医師・機関名		電話 ()							

(裏面へつづく)

過去に手術又は交通事故等の経験がありますか。 (1) ある (2) ない
 ある場合は具体的に記入してください。
 []

3 発達について

言語	(1) 普通に話せる。 (2) どうにか話をする。 (3) 単語程度で意思を伝えることができる。 (4) 片言や身振りで話せる。 (5) 話せないが相手の言うことはわかる。 (6) 話さないし、相手の言うこともわからない。 (7) 目を合わせない。
遊び	(1) 誰とでも遊ぶ。 (2) 遊ぶが取り残されがち (3) 親(兄弟)としか遊ばない。 (4) いつも一人で遊んでいる。 (5) 落ち着きがなく、たえず動きまわる。 (6) 同じ事の繰り返しをする。 (7) 激しい運動はできない。
排泄	(1) すべて自分でできる。 (2) 他人の助けがあればできる。 (3) 自分でできないが知らせる。 (4) おむつが必要
食事	(1) 箸で食べられる。 (2) スプーンなら食べられる。 (3) 手づかみなら食べられる。 (4) 自分では食べられない。
着脱衣	(1) すべて自分でできる。 (2) 簡単なものは自分でできる。 (3) すべて他人にやってもらう。

4 特別な癖がありますか。

(1) ある (2) ない
 ある場合は具体的に記入してください。
 []

5 障がいについて

(1) 在籍学校・学級について (予定を含む)
 ア 特別支援学校に通学している。 イ 特別支援学級に通学している。
 ウ 特別支援教室に通学している。 エ 上記のいずれにも通っていない。

(2) 発達の相談について
 ア 相談機関に相談している (する予定である)。
 相談内容： _____
 イ 相談していない。

(3) 下記の項目に該当するものがありますか。
 ア 知的発達の遅れがあると思われる。 イ 肢体不自由と思われる。
 ウ 視覚障がいと思われる。 エ 聴覚障がいと思われる。
 オ 言語障がいと思われる。 カ 情緒障がいと思われる。
 キ (臓器等に) 内科的障がいがあると思われる。
 ク 自閉的傾向があると思われる。
 ケ 障がいがよくわからないが気になる。 コ 特に気になることはない。

具体的に記入してください。
 []

(4) 身体障害者手帳を持っていますか。 ア 持っている。(種 級) イ 持っていない。
 (5) 愛の手帳を持っていますか。 ア 持っている。(種 度) イ 持っていない。
 (6) 精神障害者保健福祉手帳を持っていますか。
 ア 持っている。(級) イ 持っていない。

当てはまる番号・記号に○をつけ、記入してください。