

結核健康診断

記入上の注意
・太線枠内は、保護者の方の記入欄です。
・「はい」「いいえ」等該当するものを○で囲み、必要に応じて空欄にもご記入をお願いします。
・定期外健康診断（接触者検診を含む）欄は、保健所等の指示により実施された場合には必ず記入をお願いします。

中学校名	吉川市立 中学校									
氏名										
性別	男					女				
生年月日	平成		年		月	日				
BCG接種歴	はい		年		月	日				
BCGの 予防接種 を受けま したか？	理由									
	・ツベルクリン反応検査陽性の ため									
	・予防接種を受けられない病氣 だったため									
病名						()				
・その他の理由						()				
不明						受けなかったかららない				

定期外 健康診断 実施	実施時期	年	月	日
	ツベルクリン反応検査 レントゲン検査、喀痰検査			

*下記欄は学校で記入します。

接種不明者のBCG接種針痕	あり	なし
---------------	----	----

問診調査票

中 学 校		学 年		1 年		2 年		3 年	
問 診 調 査 内 容		記入日		月		日		月	
質問 1	いままでに結核性の病氣にかかったことがありますか？ (例：肺浸潤、胸膜炎または肋膜炎、頸部リンパ節結核) また、その病名は何ですか？	はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()	
質問 2	いままでに結核の感染を受けたとして、予防の薬を飲んだ ことがありますか？	はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()	
質問 3	「はい」の場合、いつ頃ですか？ また、その薬の名前は何か？	はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()	
質問 4	お子様が生まれてから、家族や同居人で結核かかった人 がいますか？	はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()	
質問 5	「はい」の場合、その人はどなたですか？	はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()	
質問 6	お子様が、過去3年以内に通算して半年以上、外国に住ん でいたことがありますか？	はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()	
質問 7	「はい」の場合、いつ頃ですか？ またその国の名前は何か？	はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()	
質問 8	この2週間以上、「咳（せき）」「痰（たん）」が続いて いますか？	はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()	
質問 9	「はい」の場合、医療機関で治療や検査は受けましたか？	はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()	
質問 10	この2週間以上、「熱」が続いていますか？	はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()	
質問 11	「はい」の場合、医療機関で治療や検査は受けましたか？	はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()	
質問 12	いままでに「喘息（ぜんそく）」や「喘息性気管支炎」な どと言われたことがありますか？	はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()	
質問 13	いままでにアレルギー体質だと言われていますか？ (例：アトピー性皮膚炎、結膜炎、アレルギー性鼻炎) 「はい」の場合、その病名は何ですか？	はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()		はい 年 月 頃 ()	
精密検査		要検討・不要 要精密・不要		要検討・不要 要精密・不要		要検討・不要 要精密・不要		要検討・不要 要精密・不要	
検査項目		ツ反		ツ反		ツ反		ツ反	
検査結果		エックス線		エックス線		エックス線		エックス線	
		()		()		()		()	
		異常なし		異常なし		異常なし		異常なし	
		化学予防		化学予防		化学予防		化学予防	
		要医療		要医療		要医療		要医療	
		経過観察		経過観察		経過観察		経過観察	

秘

保健調査票

この調査票は、1.健康診断をより確かなものにするため、2.学校生活をより健康的に送るため、3.けがや病氣などの緊急連絡のために3年間活用されますので正確にご記入ください。

1 年	組	(男女別)	番	印
2 年	組	(男女別)	番	印
3 年	組	(男女別)	番	印

吉川市立 東 中学校

平熱		度		分		血液型		型 RH + -											
氏名		男・女		年		月		日生											
家族状況	続柄	氏名	健康状態	緊急連絡先	自宅	住所	() -												
					父	勤務先名	TEL () -												
					母	勤務先名	TEL () -												
					上記以外	TEL () -													
					TEL () -														
既往歴 (今までにかかった病氣に○)	病名	初発年齢～治癒年齢	かかりつけ診療機関名	内科	TEL () -														
	1 心臓病	才～才			外科														
	2 腎臓病	才～才				整形外科 接骨院	TEL () -												
	3 ぜんそく	才～才					その他 歯科 眼科 耳鼻科 など	TEL () -											
	4 ひきつけ	才～才						種類	健・国・共 (○をつける)										
	5 川崎病	才～才							記号・番号										
	6 股関節脱臼	才～才								発行機関	名称								
	7 自律神経失調症	才～才									連絡事項	※お子さんの健康について特に知らせたいこと (既往歴・今までに受けた手術・食物アレルギーなど)							
	8 貧血	才～才										番号							
	9 おたふく	才～才											1 年	はい・いいえ					
	10 水ぼうそう	才～才												2 年	はい・いいえ				
	11 麻疹	才～才													3 年	はい・いいえ			
	12 風しん	才～才																	
13 その他 ()	才～才																		

※緊急連絡先、保険証番号に変更が生じた際には、必ず保健室へ連絡してください。