

健康質問票

お子さんの健康についての手がかりと健康診断の参考にするためのものです。
ありのままに教えてください。
該当あり…○印 該当なし… /印を記入してください。

1年組	ふりがな 生徒氏名	男・女			
2年組					
3年組					
最近の(この1年)健康状態や生活習慣について、あてはまる場合は○を、あてはまらない場合は/を引いてください。					
	No.	健康状況	1年	2年	3年
内科	1	食欲がなく、体重が増えにくい			
	2	好き嫌いが多く、よく偏食をする			
	3	朝起きるのがつらく、午前中は体調が悪いことが多い			
	4	偏頭痛がある			
	5	体力がなく疲れやすい			
	6	下痢・便秘になりやすい			
	7	肌があれやすい、かぶれやすい			
耳鼻科	8	聞こえが悪い			
	9	鼻血がでやすい			
眼科	10	黒板の字が見えにくかったり、遠くを見るとき目を細める			
	11	色まがいをすることがある			
	12	左右の視線がずれることがある			
	13	メガネ・コンタクトレンズを使用している			
歯科	14	歯が痛んだり、しみたりする			
	15	あごの関節が痛んだり音がしたりすることがある			
	16	口臭が気になる			
	17	よくかまない、かたい食べ物を嫌う			
	18	歯並びやかみ合わせが気になる			
科	19	歯ぐきかた血が出ることもある			
	20	歯の矯正をしている			
	21	生理痛がひどく寝込むことがある			
その他	22	朝の目覚めが悪く、なかなか起きられない			
	23	ちょっとしたことが気になり心配になる			
	24	わけもなく気持ちが落ち込む事がある			
	25	他人の評価が気になる			
	26	少しのことで気がいら立ち怒りっぽい			
	27	かっとなると我を忘れた行動をとる			
	28	物事に強くこだわる			
他	29	大きなけが 交通事故 骨折・部位 障害の有無等	1年	2年	
			3年		
	30	持病・ 現在治療中の 病気・けが	1年	2年	
		3年			

運動器検診保健調査票

■現在取り組んでいるスポーツ(バレー・ダンス等を含む)：なし・あり()

(お手数ですが、ご家庭でチェックをお願いします。該当する項目に○印、または必要事項を記入してください。)

1) 脊椎側湾症…早めの発見を

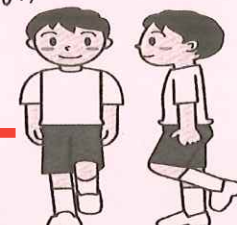
	4つのチェックポイント	1年	2年	3年
	①両肩の高さに差があるか	ある・ない	ある・ない	ある・ない
	②両肩甲骨の高さ・位置に差があるか	ある・ない	ある・ない	ある・ない
	③左右の脇線の曲がり方に差があるか	ある・ない	ある・ない	ある・ない
	④前屈した左右の背面の高さに差があるか *現在治療中、又は経過観察中である	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		治療/経過観察中	治療/経過観察中	治療/経過観察中

2) 次に気付くことがありましたら、チェックしてください。

*身体を反らしたり、曲げたりしたとき、腰に痛みが出ませんか。



*片脚立ち(左右交互にやって下さい)
片脚立ちすると体が傾いたり、ふらついたりしませんか。



*しゃがみ込み 足の裏を全部床につけて完全にしゃがみ込めますか。



*手の平を上に向けて腕を伸ばしたとき、完全に伸びない、完全に曲がらない(指が肩につかない)ことはありませんか。



*バンザイしたとき、両腕が耳につきますか。



3) 身体のどこかに痛いところや気になるところはありませんか。

*骨・関節・筋肉などについて、症状のある部位に○をつけ、その症状について具体的に書いてください。

*その他、身体や手・足で気になることがありましたら枠内に、ご自由にお書きください。

1年	2年	3年

問診のみ	学校医()	問診のみ	学校医()	問診のみ	学校医()
------	--------	------	--------	------	--------