

2019年度

保健調査票

甲斐清和高等学校

年

組

番

ふりがな	生年月日		平成	年	月	日
生徒氏名	性別		男		女	
保護者名	血液型		A	B	O	AB Rh(+ -)
住所	保護者住所(生徒住所と異なる場合)					
自宅電話	() - () - ()					
健康保険証の種類	社会保険・国保・共済・その他()	記号番号	組合員氏名			
緊急連絡	氏名		続柄	連絡先(勤務先、携帯電話等)		
	1. 先ず連絡する人					
	2. 1の人が不在の時					
	3. 1, 2人が不在の時					
かかりつけの医療機関		内科				
		整形外科				
		その他				
現在症	現在、治療中・経過観察中の傷病について記入。また、通院や服用している薬などを記入。					
体や心の健康及び性格、行動のことで学校生活において気をつけて欲しい事を記入。						
耳鼻科	なし		声がかすれている			
	聞こえが悪いと感じる		いびきをかくと言われる			
	耳だれが出る		口を開けていることが多い			
	鼻づまりがある		のどを痛めると発熱しやすい			
	鼻水が出る		アレルギー鼻炎がある			
	鼻血が出やすい		他の症状()			
	匂いがわかりにくい					
眼科	なし		本や黒板の字が見えにくい			
	目が疲れやすい		まぶしさを強く感じる			
	いつも目が赤い		目の向きがおかしいと感じる			
	いつも目やにが出ている		アレルギー結膜炎がある			
	いつも目がかゆい		他の症状()			