|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  | | 平成・令和　　年度 | | | | | | | 平成・令和　　年度 | | | | | | 平成・令和　　年度 | | |
|  | | | | |  | | １年　　組　　番 | | | | | | | ２年　　組　　番 | | | | | | ３年　　組　　番 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康管理カード | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | 性別 | | 生年月日 | | | | |
|  | | | | | | | 男・女 | | 平成 | | 年　　月　　日 | | |
| 学校 | | | | | | | | | 令和 | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自宅 | 住所 |  | | | | | | | | | | | | | かかりつけの医師 | 内科小児科 | | |  | | | |
| 電話 | | | | | | | | | | | | | 電話 | | | |
| 家族名 | 父 | |  | | 母 | |  | |  | | |  | | 外科 | | |  | | | |
| 電話 | | | |
| 緊急連絡先 | 父 |  | | | | | | | | | | | | | 眼科 | | |  | | | |
| 電話 | | | | | | | | | | | | | 電話 | | | |
| 母 |  | | | | | | | | | | | | | 歯科 | | |  | | | |
| 電話 | | | | | | | | | | | | | 電話 | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | 耳鼻咽喉科 | | |  | | | |
| 電話 | | | | | | | | | | | | | 電話 | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型 | | | ［　　　］型 | | | 薬のアレルギー | | | | | なし | | | | | | けいれん性体質 | | | | | なし |
| 不明 | | | あり［　　　　　　］ | | | | | | あり |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今までにかかった主な病気 | | | | はしか［　］歳 | | | | | 百日咳［　］歳 | | | | | | 水痘［　］歳 | | | | | | ジフテリア［　］歳 | |
| せきり［　］歳 | | | | | 中耳炎［　］歳 | | | | | | 風疹［　］歳 | | | | | | しょう紅熱［　］歳 | |
| 心臓病［　］歳 | | | | | 川崎病［　］歳 | | | | | | 肺炎［　］歳 | | | | | | リュウマチ病［　］歳 | |
| 腎臓病［　］歳 | | | | | 結核［　］歳 | | | | | | 喘息［　］歳 | | | | | | 腸チフス［　］歳 | |
| 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）［　］歳 | | | | | | | | | | | その他 | | | | | | | |
| 現在の病気 | | | | 心臓病 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 腎臓病 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| リューマチ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ぜんそく | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| けいれん体質 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー体質 | | | | | 鼻炎　花粉症　じんましん　結膜炎　皮膚炎　食物［　　　］ | | | | | | | | | | | | | |
| 虫垂炎 | | | | | ［　　］歳にかかった　手術で切除した　まだかからない | | | | | | | | | | | | | |
| 身体機能 | | | | | 難聴［　　］　弱視［　　］　身体障害［　　］ | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 罹病傾向 | | | | ［　］かぜをひきやすい | | | | | | | | ［　］よく頭が痛くなる | | | | | | ［　］乗り物に酔いやすい | | | | |
| ［　］おなかをこわしやすい | | | | | | | | ［　］よく腹が痛くなる | | | | | | ［　］鼻出血しやすい | | | | |
| ［　］便秘しやすい | | | | | | | | ［　］疲れやすい | | | | | | ［　］貧血をおこしやすい | | | | |
| ［　］熱をだしやすい | | | | | | | | ［　］傷が膿みやすい | | | | | | ［　］じんましんが出やすい | | | | |
| ［　］扁桃腺がはれやすい | | | | | | | | ［　］かぶれやすい | | | | | | ［　］気分が悪くなりやすい | | | | |

※１ 該当する項目に○をつけ、年齢や現在の症状、治療の状況等を記入してください。

※２ 保険証の写しを貼付してください。