

健康状況調査票

留 学 生	氏 名					性 別	男 ・ 女	
	生年月日 平成 年 月 日					血液型	型 Rh (+ ・ -)	
実 親	氏 名	続柄						
	住 所	TEL						
	緊 急 連絡先	① TEL		続柄				
		② TEL		続柄				
		③ TEL		続柄				
里 親	氏 名							
	住 所	TEL						
既往症	1	はしか (麻疹)	才	10	喘息・慢性気管支炎	才		
※これまで に罹ったこ とのある病 気の番号に ○をし、そ の年齢を記 入してくだ さい。	2	三日はしか (風疹)	才	11	耳 ()	才		
	3	おたふく風邪 (流行性耳下腺炎)	才	12	鼻 ()	才		
	4	水ぼうそう (水痘)	才	13	心臓病 ()	才		
	5	川崎病	才	14	その他			
	6	腎臓病	才		()	才		
	7	肝臓病	才		()	才		
	8	糖尿病	才		()	才		
9	けいれん・ひきつけ	才	()	才				
予防接種 について	種 類	接 種 時 期		接種の有無		副反応の有無		
	麻疹・風疹	1 歳から 2 歳の間		した・しない		有 無		
		5 歳から 7 歳の間		した・しない		有 無		
	BCG	生後 6 ヶ月までの間		した・しない		有 無		
	おたふく風邪	生後 12～15 ヶ月までの間		した・しない (回数: 1回・2回)		有 無		
	水ぼうそう	生後 12～15 ヶ月までの間		した・しない (回数: 1回・2回)		有 無		
三種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風)	生後 3～11 ヶ月までの間		した・しない		有 無			
	生後 12 ヶ月から 7 歳半		した・しない		有 無			
アレルギー について	食物アレルギー	なし・あり (食品名:) (症 状:)						
	薬物アレルギー	なし・あり (薬品名:) (症 状:)						
	その他	なし・あり (原因物質:) (症 状:)						
学校給食等で気をつけてほしいことがあればご記入ください。								

様式2（裏面）

体の様子（次の項目に当てはまるものがあれば○印を記入してください。）

区分	項目	回答欄
内科	1 熱が出やすい	
	2 頭痛をおこしやすい	
	3 腹痛をおこしやすい	
	4 吐きやすい	
	5 下痢をしやすい	
	6 便秘しやすい	
	7 動悸や息切れがある	
	8 立ちくらみや貧血をおこしやすい	
	9 湿疹やじんましんがでやすい（皮膚が弱い）	
	10 喘息がでやすい	
	11 かぜをひきやすい	
	12 疲れやすい	
	13 登校時、心身の異常を訴えたことがある	
	14 寝付きが悪い	
	15 夜尿症がある	（週 回数程度）
	16 朝起きにくく、午前中調子が悪いことがある	
眼科	17 遠くを見るときに目を細める	
	18 目やにがよく出たり、充血しやすい	
	19 よく目がかゆくなる	
	20 目がかわきやすい	
	21 眼鏡（コンタクト）を使用し始めた時期	
耳鼻咽喉科	22 耳が聞こえにくい（右・左）	
	23 中耳炎になりやすい	
	24 かぜをひいていなくても鼻がつまる	
	25 鼻血が出やすい	
	26 へんとう腺がよく腫れる	
	歯科	27 虫歯がある
28 歯が痛むことがある		
29 歯ぐきが腫れたり、出血しやすい		
30 あごの関節が痛むことがある		
その他	31 服用している薬がある	薬名：
	32 常に持ち歩く薬がある（頭痛薬など）	薬名：

※ 本文書の内容については、留学生の健康・安全を確保する目的のみに使用し、
 里親及び学校に情報を提供します。