Ⅱ　資料

（様式例集）

　ここでは、問診を行うために使用する書式や、学校－教育委員会間の連絡用書式について示す。これらは例であり、必ずこの通りに使うべきものではないが、これらを参考に、地域や学校の実態に即したものを作成・使用されたい。

保護者の皆様方へのお願い

子どもたちが楽しく意義ある学校生活を送るには、健康に気をつけなくてはなりません。結核についての健康管理は大切であり、学校においては定期健康診断の中で実施していきます。この問診調査は結核に関する健康診断が正しく行われるために是非必要ですので、保護者の方々の正確なご記入をお願いします。なお、この問診調査は定期健康診断の結核に関する健康診断以外には使用されません。

学校長

記入上の注意：各質問の該当する空欄に〇を記入してください。

記入日　　年　　月　　日

学校　　年　　組　　番　　氏名

調査内容		どちらかに〇をつけて下さい	
質問1	このお子様が、いままでに結核性の病気（例. 肺浸潤、胸膜炎またはろくまく炎、頸部リンパ腺結核）にかかったことがありますか？	はい 年　月　頃	いいえ
質問2	このお子様が、いままでに結核に感染を受けたとして予防のお薬を飲んだことがありますか？	はい 年　月　頃	いいえ
質問3	このお子様が、生まれてから家族や同居人で結核にかかった人がいますか？	はい 年　月　頃	いいえ
質問4	このお子様が、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	いいえ
	補問　**※　質問４で「はい」と答えた方へ**		
	４－１　それはどこの国ですか？		
質問5	このお子さまは、この２週間以上「せき」や「たん」が続いていますか？	はい	いいえ
	補問　**※　質問５で「はい」と答えた方へ**		
	５－１　このお子さまは、その「せき」や「たん」で医療機関において、治療や検査を受けていますか？	はい	いいえ
	５－２　このお子さまは、ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などといわれていますか？	はい	いいえ
質問6	このお子さまは、いままでBCGの接種（スタンプ式の予防接種）をうけたことがありますか？	はい	いいえ

《様式例２・これまでの保健調査票の調査項目に統合した例》

保 健 調 査 票 ㊙

学校名		平成　　年度入学
氏名	ふりがな	平成　　年　　月　　日生
		男　・　女

学　年	第１学年	第２学年	第３学年	第４学年	第５学年	第６学年
組						
番　号						
記入日						
保護者確認㊞	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞

１．自宅の住所及び緊急時の連絡先　※変更がある場合は二重線を引いて空欄に記入してください。

自宅住所 （電話番号）	（　　）	（　　）	（　　）	保護者氏名
緊急連絡先 （電話番号）	（　　）	（　　）	（　　）	

２．今までにかかった病気　※該当する病気について必要事項を記入し現在のようすに○印をつけてください。

種　類　〔　〕に診断名を記入してください	診断年齢	備考（医療機関名等）	現在のようす	記入年月
心臓の病気　〔　　〕	歳		治療中・定期検診・治癒	
川崎病、リュウマチ熱、不整脈	歳		治療中・定期検診・治癒	
腎臓の病気　〔　　〕	歳		治療中・定期検診・治癒	
糖尿病　〔　　型　〕	歳		治療中・定期検診・治癒	
けいれん発作　〔　　〕	歳		治療中・定期検診・治癒	
結核　〔　　〕	歳		治療中・定期検診・治癒	
難聴（右・左）	歳		治療中・定期検診・治癒	
弱視 (右・左)	歳		治療中・定期検診・治癒	
水痘（みずぼうそう）	歳	予防接種　済・未		
その他〔　　〕	歳			

３．アレルギー　※該当するアレルギー疾患について、必要事項を記入し、現在のようすで該当するものに○印をつけてください。

	診断年齢	医療機関名	現在のようす	原因等
ぜんそく			治療中・定期検診・治癒	
アトピー性皮膚炎			治療中・定期検診・治癒	
アレルギー性鼻炎			治療中・定期検診・治癒	
アレルギー性結膜炎			治療中・定期検診・治癒	
食物アレルギー			治療中・定期検診・治癒	
薬品アレルギー			治療中・定期検診・治癒	
運動誘発性アレルギー			治療中・定期検診・治癒	
その他〔　　〕			治療中・定期検診・治癒	

４．予防接種　※母子手帳を参考に予防接種を受けたものを○印をしてください。

種　類	接　種　状　況			未実施	不明
ＢＣＧ（スタンプ式の予防接種）	１回目				
麻しん＊接種日を記入してください。	第１回目（　年　月　日）	第２回目（　年　月　日）			
風しん＊接種日を記入してください。	第１回目（　年　月　日）	第２回目（　年　月　日）			
三種混合 （ジフテリア･百日咳･破傷風）	第Ⅰ期初回 １回　２回　３回	第Ⅰ期追加	第Ⅱ期 （11 歳時･二種混合）		
日本脳炎	第Ⅰ期初回 第１回　第２回	第Ⅰ期追加	第Ⅱ期（９歳児）		
ポリオ	第１回目	第２回目			
その他〔　　〕	年　月　日･　年　月　日･　年　月　日･　年　月　日				

５．平常時の体温

１年生	２年生	３年生	４年生	５年生	６年生
℃	℃	℃	℃	℃	℃

６．海外居住の経験

海外居住の経験	※「あり」の場合は記入してください。		
	居住していた国名	居住していた期間	
あり・なし		平成　年　月～平成　年　月	歳～　歳

７．現在の健康状態

※当てはまるものに○印をつけてください。

	質　問　項　目	１年	２年	３年	４年	５年	６年
内科	頭が痛いことが多い						
	腹が痛いことが多い						
	気持ち悪いことが多い						
	下痢をしやすい						
	便秘をしやすい						
	２週間以上「せき」や「たん」が続く						
	微熱がある						
	寝汗をかく						
	よく眠れない						
	食欲がない						
	体の不調があるが原因がはっきりしない						
	顔色が悪い						
	体重が減少している						
	体重が増加している						
	めまいや立ちくらみがある						
	朝食をほとんど食べない						
	食べ物の好き嫌いが多い						
	少し運動すると息切れや動悸がある						
	よく動き回り、注意しても落ち着かない						
	些細なことを気にする、イライラする						
	関節（膝、肘、肩等）の痛みがある						
眼科	遠くを見るとき目を細める						
	首を傾けて物を見ている						
	見えにくいと言い、目をこすっている						
	目やにがでやすい						
	目がかゆい（目が痛い）						
	目が疲れるという						
耳鼻咽喉科	会話中によく聞き返す						
	耳だれがある						
	鼻血が出やすい						
	鼻がよくつまる						
	いびきをかくことが多い						
	声がかれている						
	食べ物が飲み込みにくい						
	のどがよく痛くなる						
歯科	顎に痛みがあり、開けにくい						
	歯肉が腫れて、歯肉から出血する						
	歯並びが気になる						
	口呼吸している（口を開けたままでいる）						
	口臭が気になる						
皮膚科	皮膚がカサカサしている						
	おできができやすい						
	傷の治りが悪い						
その他	姿勢が気になる						
	歩き方が気になる						
	身長と体重のバランスが気になる						
	夜尿がある						

８．家庭から学校に知らせておきたいこと

■これまでに家族や同居人で結核と診断された人がいる場合は各学年の右上の□の中に○印をつけてください。

１年 □

２年 □

３年 □

４年 □

５年 □

６年 □

《様式例３・保健調査票の中で結核の項目を独立させた例》

㊙ 保 健 調 査 票

この調査はお子さんの心身の健康状態について調べ，学校で行う健康診断の資料にするとともに，在学中の健康管理の参考にするものです。このカードは６年間使用します。お子さんの様子を保護者が，該当学年の欄に記入をお願いします。

他人にもれることはありませんので，正確に記入してください。

学校名		平成　　年度入学

氏名	ふりがな	平成　年　月　日生
		男　・　女

学　年	第１学年	第２学年	第３学年	第４学年	第５学年	第６学年
組						
番　号						
記入日						
保護者確認㊞	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞

自宅住所 （電話番号）	（　　）
緊急連絡先 （電話番号）	（　　）

１　これまでに受けた予防接種

予防接種名	接種年月日				
ＢＣＧ（スタンプ式の予防接種）	年　月　日				未実施
麻しん（はしか）	年　月　日・　年　月　日				未実施
風しん（三日はしか）	年　月　日				未実施
流行性耳下腺線（おたふくかぜ）	年　月　日				未実施
水痘（水ぼうそう）	年　月　日				未実施
三種混合（百日せき・破傷風・ジフテリア）	１回目	２回目	３回目	４回目	未実施
	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	
二種混合（破傷風・ジフテリア）	年　月　日				未実施
ポリオ	１回目		２回目		未実施
	年　月　日		年　月　日		
その他（　　）	年　月　日				
（　　）	年　月　日				

２　平常時の体温

１年生	２年生	３年生	４年生	５年生	６年生
℃	℃	℃	℃	℃	℃

体温が上がった時配慮することがあれば記入してください。	

３　これまでにかかった病気

病名	年齢	現在の状況（○印）			医療機関名	服薬の有無（○印）	
		治療中	経過観察中	治癒		有	無
心臓病（　　）							
腎臓病（　　）							
糖尿病							
川崎病							
リウマチ熱							
ぜんそく							
けいれん性の病気（　　）							
副鼻腔炎（蓄膿症）							
中耳炎							
麻疹（はしか）							
風疹（三日はしか）							
流行性耳下腺線（おたふくかぜ）							
水痘（水ぼうそう）							
手術（　　）							

４　アレルギーについて

病名	年齢	現在の状況（○印）			服薬の有無（○印）		
		治療中	経過観察中	治癒	常時有	症状により有	無
花粉症							
アレルギー性鼻炎							
アレルギー性結膜炎							
アトピー性皮膚炎							
じんましん							

症状	主な症状	診断の有無			緊急時の処方薬	
		有	医療機関名	無	有	無
食物アレルギー (食品名　　)						
薬物アレルギー (薬品名　　)						
その他のアレルギー（原因　　）						
ハチに刺されたこと						

《様式例３・保健調査票の中で結核の項目を独立させた例》

５　結核について

あてはまる項目に○をつけてください。

項　　目	１年	２年	３年	４年	５年	６年
今までに結核性の病気（肺浸潤・胸膜炎または肋膜炎，頸部リンパ節結核など）にかかったことがあるか	いいえ はい 年　月頃	いいえ はい 年　月頃	いいえ はい 年　月頃	いいえ はい 年　月頃	いいえ はい 年　月頃	いいえ はい 年　月頃
今までに結核に感染を受けたとして予防の薬を飲んだことがあるか	いいえ はい 年　月頃	いいえ はい 年　月頃	いいえ はい 年　月頃	いいえ はい 年　月頃	いいえ はい 年　月頃	いいえ はい 年　月頃
家族や同居人で結核にかかった人がいるか	いいえ はい 年　月頃	いいえ はい 年　月頃	いいえ はい 年　月頃	いいえ はい 年　月頃	いいえ はい 年　月頃	いいえ はい 年　月頃
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るか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
「はい」の場合国名はどこか						
２週間以上「せき」や「たん」が続いているか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
「はい」の場合　医療機関を受診しているか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
「はい」の場合　ぜんそく・ぜん息性気管支炎と言われているか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい

６　現在の健康状態

あてはまる症状に○をつけてください。

	症　　状	１年	２年	３年	４年	５年	６年
内科	熱が出やすい						
	頭痛をおこしやすい						
	腹痛をおこしやすい						
	吐きやすい						
	下痢しやすい						
	便秘しやすい						
	微熱が出たり寝汗をかいたりする						
	顔色が悪い						
	からだがだるい　つかれやすい						
	めまいや立ちくらみを起こしやすい						
	食欲がない						
	食べ物の好き嫌いが多い						
	朝食をほとんど食べない						
	少し運動すると「どうき」や「息切れ」がする						
	１年以内にひきつけをおこした						
	朝の目ざめがよくなく起きづらい						
	からだの不調があるが原因がはっきりしない						
	細かなことを気にしたりいらいらしたり緊張しやすい						
	夜眠れないことがある						
	関節（膝・肘・肩など）の関節が痛むことがある						
眼科	物が見えにくい　遠くを見る時目を細める						
	目やにが出る						
	目が赤くなりやすい						
	目が疲れやすい						
	目がかゆい　痛い						

耳鼻科	耳だれが出る						
	会話中に聞きかえし耳がとおいと感じる						
	鼻血が出やすい						
	においを感じない						
	よく鼻がつまる						
	よく鼻汁がでる						
	いびきをかくことが多い						
	扁桃腺が腫れ熱を出しやすい						
	声がかれている						
	食べ物が飲み込みにくい						
皮膚科	皮膚がかゆいことがある						
	皮膚がカサカサしている						
	かぶれやすい						
	発疹（ブツブツがある）						
歯科	あごに痛みがあったり口が開きにくい						
	歯肉が腫れていたり歯ぐきから血が出やすい						
	歯並びが気になる						
	歯が痛んだりしみたりする						

７　その他

健康上のことで学校に知らせておきたいこと，健康面で配慮が必要なこと，現在治療中（服薬中・処置中）や経過観察中の病気やけががあれば，記入してください。特にない場合は，「なし」に〇をつけてください。

１年		なし
２年		なし
３年		なし
４年		なし
５年		なし
６年		なし

《様式例４・学校から教育委員会への報告書式①》

年　　月　　日

教育委員会
　教育長　　殿

学校名
学校長名

結核検診実施状況報告

単位：人

学年	在籍数	学校医による診察					
		診察実施者数	診察の結果			未実施者数	未実施の理由
			異常なし	要経過観察	要精検者数		
１年							
２年							
３年							
４年							
５年							
６年							
合計							

《様式例５・学校から教育委員会への報告書式②》

年　　月　　日

教育委員会
教育長　　殿

学校名
学校長名

精密検査対象者名簿

NO	学年組	児童(生徒)名	要精検の理由	昨年までの精密検査受検歴 および結果	備考
1					
2					
3					
4					
5					

《様式例６・教育委員会から学校への報告書式》

年　　月　　日

学校
学校長　　殿

教育委員会
教育長

精密検査結果報告

NO	学年組	児童(生徒)名	実施した精密検査項目に○	精密検査結果に○	参考事項
1			ツベルクリン反応検査 エックス線撮影 喀痰検査 (その他)	要医療 経過観察 異常なし	
2			ツベルクリン反応検査 エックス線撮影 喀痰検査 (その他)	要医療 経過観察 異常なし	
3			ツベルクリン反応検査 エックス線撮影 喀痰検査 (その他)	要医療 経過観察 異常なし	
4			ツベルクリン反応検査 エックス線撮影 喀痰検査 (その他)	要医療 経過観察 異常なし	
5			ツベルクリン反応検査 エックス線撮影 喀痰検査 (その他)	要医療 経過観察 異常なし	