

班

健康調査票(令和5年4月以降)

取扱注意

沖縄県「青少年フレンドシップイン九州」

ふりがな 氏名			
学校名・学年	中学校 小学校 年		
生年月日	平成 年 月 日 (歳) 男 ・ 女		
自宅住所 電話番号	(〒 -) TEL - -		
保護者氏名	続柄 父 ・ 母 その他()		
緊急時連絡先①	氏名: (続柄:) TEL: - -		
緊急連絡先②	氏名: (続) TEL: - -		
体 重	Kg	平熱	℃
内服・外用薬の 持参	なし あり ※ありと答えた方は下に詳しく ご記入ください	乗り物 酔い	する 時々する しない 服薬: あり なし
内服・外用薬の 使用・持参状況	持参する薬品名() 服薬の自己管理(自己使用) 可 ・ 不可		
既往歴 及び現在の疾 病・異常・障害	あり なし 喘息(歳～ 歳) 最終発作(頃) てんかん(歳～ 歳) 最終発作(頃) 糖尿病(歳～ 歳) 夜尿症(歳～ 歳)		
心臓疾病	なし あり()	皮膚 疾患	なし あり()
耳鼻咽喉疾患	なし あり()	その他 疾患	なし あり()
アレルギー等	なし あり		

裏面もご記入ください

① 現在、医師に「食物アレルギー」と診断され、通院していますか？

定期的に通院している ・ 1年以上通院していない

アレルギー物質	除去該当欄(出汁・エキス含む)		連絡事項等(例:加熱をすれば除去不要)
卵	除去が必要	・ 除去不要	
牛乳	除去が必要	・ 除去不要	
小麦	除去が必要	・ 除去不要	
しょうゆ(大豆)	除去が必要	・ 除去不要	
そば(日本そば)	除去が必要	・ 除去不要	
えび	除去が必要	・ 除去不要	
かに	除去が必要	・ 除去不要	

上記以外に、医師より除去が必要と診断されている食品がある場合は、具体的な品目を下記にご記入ください。

はい（飲み薬／注射） ・ いいえ
自己管理（自己使用） 可 ・ 不可

はい ・ いいえ

はいの場合→ 薬(薬品名:) ・ ハウスダスト ・ 鼻炎
動物(具体的に:) ・ その他(具体的に:)

☆その他、今回の研修において看護師、役職員へ伝えておきたいこと留意点などございましたら
下記にご記入ください

この健康調査票は保護者が記入し、確認したことを証明する

令和 7 年 月 日 保護者名 印