

胎内市地域みらい留学 保健調査票

この1年間の健康状態について、あてはまるものに○をつけ、必要事項をご記入ください。
 重大な持病やアレルギーがあった場合、対応できないこともあるため、保護者と一緒に正確な情報をご記入ください。

留 学 希 望 者 氏 名 _____ 保 護 者 氏 名 _____
 (自 署) _____

	症 状 (該当があれば記入する。)	○をつける
内 科	1. 乗り物酔いをすることが多い。	
	2. 動悸・めまい・息切れがある。	
	3. 片頭痛と診断されている。(服薬 有・無)	
	4. 気を失って倒れたことがある。	
	5. よく胃痛や腹痛をおこす。	
	6. 食欲がなく、体重が増えにくい。	
	7. 疲れやすく元気がないことが多い。	
	8. 慢性虫垂炎(盲腸)といわれている。(手術 未・済)	
	9. (女子のみ) 生理痛がひどい。(服薬 有・無)	
ア レ ル ギ ー	1. ぜんそく(服薬 有・無 → 吸入薬・内服薬・貼付薬)	
	2. 現在の食物アレルギー(アナフィラキシー 有・無) (食物名 _____) (症 状 _____) (服薬 有・無 → エピペン・内服薬・その他 _____)	
	3. 薬物アレルギー(薬物名 _____)	
	4. その他のアレルギー (アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・結膜炎・日光アレルギー・ 蜂アレルギー・その他(_____))	
	◆アレルギーがある場合 ※保護者回答 寮での管理や配慮、緊急対応(必要・不要)	
整 形 外 科	1. 背骨が曲がっている	
	2. 腰を曲げたり、そらしたりすると痛みがある。	
	3. 腕、脚を動かすと痛みがあったり、動きの悪い所がある。	
	4. 片足立ちが5秒以上できない。	
	5. しゃがみこみができない。	
耳 鼻 科	1. 耳の聞こえが悪い。(右・左)	
	2. 耳鳴りがする。(右・左)	
	3. 耳だれが出ている。(右・左)	
	4. 鼻血がよく出る。	
	5. 発音で気になることがある、声がかれやすい。	
眼 科	1. 視力で診断がある。(近視・遠視・乱視)	
	2. 眼鏡を使用している。(常時・授業中のみ)	
	3. コンタクトレンズを使用している。	
	4. 左右の視線がずれることがある。	
	5. 色覚異常や色間違いをすることがある。(有・無・不明)	
歯 科	1. 歯列、咬合の矯正をしている。	
	2. 顎の関節が痛んだりガクガク音がしたりすることがある。	
	3. 歯が痛んだり、しみたりする。	
	4. 歯ぐきから血が出ることがある。	
	5. 口のおいが気になる。	
	6. 歯並びや噛み合わせが気になる。	

様式 2

精神面	1. これまでに精神的な理由で医療機関を受診したことがある 無 有 (受診先:) (受診理由:) (現在通院中 経過観察中 現在は通院なし)				
	2. 小中学校でスクールカウンセリングを受けたことがある 無 有				
	3. 学校生活や家庭の様子で心配なことがあったら記入してください。 (保護者が記入)				
現在の持病	病名 (全て)		次回通院	年 月 日頃	
	かかりつけ病院				
	診療科/主治医				
	処方薬 (いつ使うか)				
	注意されている事項 運動制限 緊急時の対応など				
生活の様子	項 目	ある	たまにある	ない	特記事項
	朝食を食べないことがある				
	食事を抜くことがある				
	睡眠時間が6時間以下				
	0時以降に布団に入る				
	風呂に入らないことがある				
	人間関係で不安になることがある				
	学校に行くのがつらくなることもある				
	誰とも話をしない日がある				
	スマホの使用時間	(平日: 時間)		(休日: 時間)	
	ゲームの使用時間	(平日: 時間)		(休日: 時間)	