



ヘルスケアサービス 新入生の健康履歴

(親または保護者の方がご記入ください)

生徒の氏名: _____ 性別: _____ 学年: _____
住所: _____ 電話番号: _____
生年月日: ____/____/____ 出生地: _____
親/保護者の氏名: _____
家庭医: _____ 電話番号: _____
家庭歯科医: _____ 電話番号: _____

既往歴:

個人が提出する既往歴: _____
現在お子様は健康上の懸念を抱えていますか？(喘息、糖尿病など) ☐ はい ☐ いいえ
「はい」とお答えの場合は、説明を記入してください: _____

お子様は何らかのアレルギーがありますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」とお答えの場合はお書きください: _____
緊急治療が必要なアレルギーはありましたか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」とお答えの場合はご説明ください: _____

入院歴、重大な傷害歴、または手術歴はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」とお答えの場合は、説明を記入してください: _____

現在、医療上の懸念/傷病はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

☐ 頭 _____	☐ 目 _____	☐ 鼻 _____
☐ 耳 _____	☐ 喉 _____	☐ 首 _____
☐ 胸 _____	☐ 呼吸器 _____	
☐ 心臓血管系 _____	☐ 消化器系 _____	
☐ 泌尿生殖器 _____	☐ 神経系 _____	
☐ 筋骨格系(過去の骨折歴などを含む) _____		

お子様のご自宅で定期的に医薬品を服用していますか？ ☐ はい ☐ いいえ
学校で医薬品を服用する必要がありますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」とお答えの場合は、説明を記入してください: _____

その他の懸念事項や情報があれば記入してください: _____

ご家族の重大な健康上の懸念事項をすべて記入してください:

☐ 母 _____	☐ 父 _____
☐ 兄弟姉妹 _____	☐ 祖父母 _____
☐ その他 _____	

お子様の主な世帯では誰が同居していますか？ _____
お子様は他世帯で相当の時間を過ごしていますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」とお答えの場合は、説明を記入してください: _____
お子様の親権は誰がお持ちですか？ _____
親権に関する取り決めがあれば説明してください: _____

その他の懸念事項または関連情報(必要に応じてご利用ください): _____

親/保護者の氏名: _____ 日付: _____