

3 最近の健康状態・生活習慣について、次の事項であてはまるものがあれば○を記入してください。

症 状		1年	2年	3年	4年	5年	6年	症 状		1年	2年	3年	4年	5年	6年
内科	食欲がなく、体重が増えにくい							眼科	黒板の字が見えにくい、遠くを見るとき目を細める						
	頭痛を起しやすい								色まがいがいをすることがある						
	腹痛を起しやすい								見る時に頭を傾げる、上目づかい、顔の正面で見ない						
	下痢になりやすい								左右の視線がずれることがある						
	便秘になりやすい								本を読むと目が疲れたり、頭痛がしたりする						
	動悸、めまい、または息切れがある								目がかゆくなる、目やにが出る、目が赤くなる						
	疲れやすく、元気のないことが多い								目がかわく、涙が出るが多い						
	急に立つとめまいがある								メガネ・コンタクトレンズを使用している						
	気を失って倒れたことがある								コンタクトレンズ使用で、見えにくい、充血、ゴロゴロする						
皮膚科	肌がかゆくなりやすい							歯科	歯が痛んだり、しみたりする						
	肌があればやすい、かぶれやすい								顎の関節が痛んだり音がしたりすることがある						
	うみやすい、にきびがやすい								かみにくい、食べにくいと思うことがある						
	体や手足にブツブツができています								歯並びやかみ合わせが気になる						
	髪の毛に異常がある 頭シラミ、脱毛症等)								口のおいが気になる						
	生まれつきのあざ、皮膚病がある								歯ぐきから血が出る						
	その他、気になる皮膚病がある														
耳鼻科	聞こえが悪い							アレルギー	アレルギー性結膜炎						
	発音で気になることがある、声がかすれる								アレルギー性鼻炎						
	よく鼻水が出る								アトピー性皮膚炎						
	よく鼻がつまる								気管支ぜんそく						
	鼻血がしやすい								花粉症						
	のどの腫れや痛みを伴う発熱が多い								食物アレルギー、薬品アレルギー、動植物等 ※赤字でご記入ください。						
	普段から口を開けている								()						
	いびきをかくことがある								()						
	現在治療中の病気がある								()						
整形外科	背骨が曲がっている														
	腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある														
	腕、脚を動かすと痛みがある														
	腕、脚に動きの悪いところがある														
	片脚立ちが5秒以上できない														
	しゃがみこみができない														

4 現在治療中または病院で経過観察を受けている病気やけが、年間を通じて使用している薬、その他学校に知らせておきたいことがあれば記入してください。特にない場合は、「なし」か、斜線を引いてください。

1年	2年	3年	4年	5年	6年

保護者確認印 (上記を確認したしるしに、押印、またはサインをお願いします)

1年	2年	3年	4年	5年	6年