

㊞ 2024 年度 健康管理カード

尚綱学院高等学校

年組番号 ^{※1}	年 組 番	
ふりがな		性別
氏 名		男・女
血液型	A・B・O・AB 型 (Rh +・-)	
生年月日	西暦	年 月 日生
住 所	TEL ()	
ふりがな		
保護者名	続柄	

※1 年組番号は記入不要

※2 緊急時連絡先や勤務先に変更がある場合はその都度お知らせください。

	氏名	連絡先 (職場・携帯など)	電話番号	優先順位
緊急時連絡先 ^{※2}				1
				2
				3

	氏名	勤務先 (学校)	年齢	続柄
家族構成				

かかりつけ の医療機関	内科	☎
	眼科	☎
	整形	☎

※緊急時は学校に医療機関選択の判断を委ねていただくことになります。
医療機関受診時に配慮すべきことがあればご記入ください。

生徒氏名

1. 既往症および現病歴

病名	罹患年齢	治癒 ○印	病名	罹患年齢	治癒 ○印
		症状あり △印			症状あり △印
麻疹(はしか)	歳		てんかん	歳	
風疹	歳		リウマチ	歳	
流行性耳下腺炎(おたふく)	歳		川崎病	歳	
水痘(水ぼうそう)	歳		結核	歳	
心臓病()	歳		先天性股関節脱臼	歳	
肝臓病()	歳		脊柱側弯症	歳	
腎臓病()	歳		骨折(部位)	歳	
手術歴()	歳		その他()	歳	

※通院・服薬している場合は下段4. の記述欄に詳細をご記入ください。

2. アレルギーについて

アレルギー疾患がある場合は記入してください	気管支喘息	原因・症状：	薬：
	食物アレルギー	原因・症状：	薬：
	アトピー性皮膚炎	原因・症状：	薬：
	花粉症	原因・症状：	薬：
	アレルギー性鼻炎	原因・症状：	薬：
	アレルギー性結膜炎	原因・症状：	薬：
学校生活で配慮すること			

※書ききれない場合は下段4. の記述欄に詳細をご記入ください。

3. 心身の状態・発達面について (あてはまる項目に○印をつけ、ご記入ください。)

健康状態	良好 ・ 普通 ・ 虚弱
障害等の有無	なし ・ あり【 身体 ・ 発達 ・ 精神 ・ その他 】
*あり と答えた方… 障害者手帳を取得している場合は手帳名と等級を記入してください 【 】	
発達に関する相談の状況	相談したことが ない ・ ある ・ 継続中 (歳～) ・ 終了 (歳～ 歳)
*相談先【 】	

4. お子さんの健康について留意してほしいことがありましたらご記入ください。

(服薬中の薬、発達面・精神面について心配なこと、東日本大震災による心身への影響など具体的にご記入ください。)

--