

## 健康調査票（保護者記入用）

海外派遣中、参加者全員が元気で楽しく過ごすために、一人一人の健康状態を知り、健康管理をする必要がありますので、次の調査項目に必ず保護者の方がお答えください。また、健康不安のある方は、医師に相談してください。

下記のとおり相違なく、都城市中学生海外派遣事業に参加することを承諾します。

令和8年 月 日

学校名・学年 (令和8年4月時点の在籍校・学年)	中学校 第 学年
参加申込生徒氏名	
保護者氏名（自署）	

<該当するものに○を付けてください。>

1 次の病気にかかったことがありますか。または、現在かかっていますか。

- ・ ない
- ・ ある 喘息 ・ 心臓疾患（病名 ） ・ 川崎病 ・ てんかん  
慢性腎炎 ・ ネフローゼ症候群 ・ 糖尿病  
その他（ ）

ある場合、現在の状況を簡単に記入してください。また、かかりつけ医からの助言がある場合は記入してください。

--

2 学校の検診で尿、血液、心臓の異常を言われたことがありますか。

- ・ ない
- ・ ある 尿 ・ 血液 ・ 心臓

ある場合、いつ頃ですか。また、その後の経過等を記入してください。

--

3 次の病気について、予防接種を受けましたか。

- |            |       |          |        |               |
|------------|-------|----------|--------|---------------|
| (1) 風疹     | ・ 受けた | ・ 受けていない | ( かかった | ・ かかったことがない ) |
| (2) 水ぼうそう  | ・ 受けた | ・ 受けていない | ( かかった | ・ かかったことがない ) |
| (3) おたふくかぜ | ・ 受けた | ・ 受けていない | ( かかった | ・ かかったことがない ) |
| (4) はしか    | ・ 受けた | ・ 受けていない | ( かかった | ・ かかったことがない ) |
| (5) ポリオ    | ・ 受けた | ・ 受けていない | ( かかった | ・ かかったことがない ) |
| (6) 結核     | ・ 受けた | ・ 受けていない | ( かかった | ・ かかったことがない ) |
| (7) 三種混合   | ・ 受けた | ・ 受けていない | ( かかった | ・ かかったことがない ) |

(裏面へ続きます)

4 アレルギーがありますか。

- ・ ない
- ・ ある

ある場合、どんなときに、又はどんなもの（食物、動物、薬等）でかを記入してください。

その場合の対処法を記入してください。

5 次の事について、該当する場合は○を記入してください

- (1) ( ) たびたび頭痛がする。
- (2) ( ) 腹痛、胃痛をおこしやすい。
- (3) ( ) 医師から慢性中耳炎、虫垂炎と言われたことがある。
- (4) ( ) 風邪をひきやすい。
- (5) ( ) 夜尿症がある。
- (6) ( ) 尿の回数が多い。
- (7) ( ) けいれん発作をおこしたことがある。
  - ・ 最後に発作が起きたのはいつ頃か記入してください。

- ・ その原因等を記入してください。

- (8) ( ) 乗り物に酔いやすい。
- (9) ( ) 便秘しがちである。
- (10) ( ) 歩行障害がある。
- (11) ( ) 毎日飲んでいる薬がある。
  - ・ 薬の名前

- ・ 病名等

6 その他、配慮が必要なことがありましたら記入してください。