

保 健 カ ー ド

取り扱い注意

表

※この保健カードを緊急時に医療機関及び救急隊員に提示することに同意できますか？（○を付けてください）

同意できる ・ 同意できない

年 組 番	生徒名	(ふりがな)		性別	生 年 月 日
				男・女	年 月 日生
保 護 者	住 所	〒583- () 羽曳野市			
	氏 名	(ふりがな)		電話	
緊 急 連 絡 先 (優 先 順 位)		名 前 (続 柄)		連絡先(自宅等)	電 話 番 号
		①			
		②			
		③			
本校に在学する 兄 弟 ・ 姉 妹		年 組			
		年 組			
よく診てもらう 病 院 名		内 科	(TEL)		
		外 科	(TEL)		
		整形外科	(TEL)		
		歯 科	(TEL)		
		眼 科	(TEL)		
		耳鼻咽喉科	(TEL)		

※緊急の場合や時間外、または症状により他の病院で受診することがあります。

①アレルギー疾患・症状についてご記入ください(この内容は教育委員会と情報共有します)

アレルギー疾患・症状の有無 (あり ・ なし)			
アレルギー 症状を起こす 食物名		アレルギー疾患の既往歴	
		ぜんそく	才～ 才
アレルギー 症状を起こす 薬品・注射名		アトピー性皮膚炎	才～ 才
		その他	
その他 アレルギー症状 を起こすもの			

裏面も記入してください →

学校生活で運動・食事など配慮が必要な場合は、「学校生活管理指導表」の提出をお願いします。

※学校生活管理指導表(学校生活において配慮すべきことなどを主治医に記入していただく書類)の用紙が必要な方はご連絡ください。

②既往症について発症年齢、完治した年齢をお書きください。

感 染 症		そ の 他 の 疾 病	
はしか	才	心臓病 ()	才 ~ 才
風疹	才	腎臓病 ()	才 ~ 才
おたふくかぜ	才	てんかん	才 ~ 才
水ぼうそう	才	熱性けいれん	才 ~ 才
その他		その他	
予防接種歴(接種済みには○をつけてください)			
BCG 麻しん・風しん(第1期 第2期) 水痘 ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ 日本脳炎 インフルエンザ菌b型(Hib) 小児肺炎球菌 B型肝炎 その他()			

③健康面で学校に知らせておきたい事項をご記入ください。

(特に定期的に検査を受けていることや、学校生活で配慮が必要なことなど)

内科的なこと	例えば、よくじんましんがでる、喘息で薬を服用しているなど
眼科的なこと	例えば、右目が斜視、手術済みなど
耳鼻科的なこと	例えば、中耳炎治療で鼓膜に穴があり、水泳は禁止など
その他、学校へ知らせておきたいこと 例えば5歳の時後頭部打撲で入院、現在年1回検査中など	

※このカードは、お子様に緊急事態が発生した時、一刻も早く処置できるように
学校に常備しておくものです。詳しく丁寧に記入ください。

※緊急連絡先を変更された場合は、その都度学校へ連絡してください。

※このカードは、一年間使用した後、学校で処分します。