健康状況調査票

年　　組　　番　氏名（　　）

現在の健康状況について、症状の有無やその具体的な内容等について答えてください。適切な臨時健康診断や事後措置の参考とするため、正確な状況を把握する必要がありますので、ありのままを丁寧に記入してください。

（症状）	現在ある症状に〇、なければ×を記入	症状の強さ ①わずかに症状を感じる、②中程度に症状を感じる、③これ以上ないほど非常に強く症状を感じる	症状を感じた場所 それはどこで感じましたか？「〇年〇組教室」「音楽室」「〇〇棟階段」など具体的に記入してください。	症状を感じた時期 それはいつ頃感じましたか？「〇月〇日頃から」など覚えている範囲で具体的に記入してください。
眼がチカチカ				
眼がかゆい				
眼が痛い				
鼻の奥が痛い				
のどが痛い				
皮膚がかゆい				
頭が痛い				
吐き気がする				
疲労感（疲れやすい）				
脱力感（だるい）				
その他				

1　次の表の中に、どのような症状があるか、その症状の程度や場所、時期について記入してください。

2　あなたは今、風邪をひていますか？　　はい　　いいえ　　よくわからない

3　あなたはアレルギーがありますか？　　はい　　いいえ　　よくわからない

「はい」の人はあてはまるもの（番号）に〇をしてください。

1. アトピー性皮膚炎
2. ぜんそく
3. 食物アレルギー
4. アレルギー性結膜炎（花粉症含む）
5. アレルギー性鼻炎（花粉症含む）
6. その他具体に　（　　）

4　その他あなたの健康について、心配なこと、医師に聞いてみたいことがあれば記入してください。

（　　）

内　科		眼　科	耳鼻咽喉科
所見なし	専門医へ	所見なし	所見なし
眼科へ	耳鼻咽喉科へ	専門医へ	専門医へ