**保 健 ア ン ケ ー ト**

No.

**㊙**

　この調査は、健康診断を受けるための参考資料として及び緊急時のみに使用します。

該当するところに〇印をつけたり、記入をして下さい。　**※途中で変更がある時はお知らせ下さい。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | ふりがな |  |  | 生年月日 |
|  | 年 |  | 組 |  | 番 | 名前 |  | （男・女） | 平成・令和　　年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | （続柄） |
| 保護者氏名 |  |
| 現住所 | 宗像市　 |
| **緊 急 連 絡 先****（自宅を含む）**※連絡を希望される順番に必ずご記入下さい。 | 名　　前 | 続柄 | 連 絡 先 | TEL ・ 携帯 |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| 使用している保険の種類 | 国保 ・ 社保 ・ その他（　　　　　　） | 勤務先 |  |
| TEL |  |
| かかりつけの病院 | （外科・整形外科） |  | （内科） |  |
| （歯科） |  | （眼科） |  | （耳鼻科） |  |
| **３種混合 又は ４種混合** | １．受けた（最終接種年令　　　　才） | ２．受けていない |
| **麻しん・風しん（MR）予防接種** | １．受けた（最終接種年令　　　　才） | ２．受けていない |
| 食物アレルギー | １．な し | ２．あ り（食品名　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬アレルギー | １．な し | ２．あ り（薬品名　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 今までにかかった病気 | １．な し | ２．あ り（下の欄に記入して下さい） |
| 病　　名 | 現 在 の 様 子 | 病　　名 | 現 在 の 様 子 |
| １．心 臓 病 |  | ４．アレルギーについて（動物・植物・蜂などによるものも含む） |  |
| ２．ぜんそく |  | ５．腎 臓 病 |  |
| ３．ひきつけ（熱性けいれんを含む） |  | ６．そ の 他 |  |
| 内科的疾患 | １．頭がよくいたくなる | ２．腹がよくいたくなる | ３．つかれやすい |
| ４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 耳鼻咽喉科的疾患 | １．耳の聞こえが悪い | ２．鼻がつまりやすい | ３．鼻汁がでやすい |
| ４．くしゃみがでやすい | ５．鼻血がでやすい | ４．扁桃炎をおこしやすい |
| ７．その他、いきびなど気になること（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 眼科的疾患 | １．目を細めてみる | ２．眼やにがでやすい | ３．目がかゆい |
| ４．目が赤い | ５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （身体のことで心配なことがありましたら記入して下さい） |