

問診票記入の見本

6年間使用しますので大切に扱ってください。

問診票を使用するにあたり、必要事項の記入をお願いします。

見本を参考に正確なご記入をよろしくお願いいたします。

結核検診問診票

運動器検診問診票

保護者の皆様へのお願い

この問診票は健康診断が正しく行われるために必要な情報ですので、保護者の方が、正確なご記入をお願いします。なお、この問診票は定期健康診断以外には使用されません。

記入上の注意

- 保護者の方が、ボールペンで記入してください。
- 各質問（はい・いいえ）のどちらかに○をつけ、必要事項をご記入ください。
- 6年間使用しますので、大切に扱ってください。

記入上の注意をよく読んでください。

学校名	七尾市立小丸山小学校					
学年	1年	2年	3年	4年	5年	6年
組						
番号						
名前	ふりがな					

間違いがないか確認をしてください。

両面あります

結核検診問診票（小学生用）（七尾市）

両面あります

記入してありますか？

名前

運動器検診問診票

子ども達が楽しく意義ある学校生活を送るには、健康に気をつけなければなりません。結核についての健康管理は大切であり、学校においては定期健康診断の中で実施しています。この問診票は結核に関する健康診断が正しく行われるために必要な情報ですので、正確なご記入をお願いします。なお、この問診票は定期健康診断の結核に関する健康診断以外には使用されません。

学校における定期健康診断では、運動器疾患・障害の早期発見に努めています。運動器検診が正しく行われるために以下の問診事項について、各ご家庭で実践され正確にご記入をお願いします。

*あてはまる項目に○をつけてください。

質問内容		はい・いいえのどちらかに○をつけて下さい。					
		1年	2年	3年	4年	5年	6年
質問1	お子様が、今までに結核性の病気（例：肺浸潤、胸膜炎又は、ろくまく炎、頸部リンパ節結核）にかかったことがありますか？	はい 年月頃	はい 年月頃	はい 年月頃	はい 年月頃	はい 年月頃	はい 年月頃
質問2	お子様が、今までに結核に感染を受けたとして予防のお薬を飲んだことがありますか？	はい 年月頃	はい 年月頃	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
質問3	お子様が、生まれてから家族や同居人で結核にかかった人がいますか？	はい 年月頃	はい 年月頃	はい 年月頃	はい 年月頃	はい 年月頃	はい 年月頃
質問4	お子様上、外傷、骨折、手術、その他はありますか？	未記入の多い項目です。忘れずに記入をお願いします。					
質問5	お子様は、この2週間以上「せき」や「たん」が続いていますか？	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	5-1 「はい」と答えた方へ お子様は、その「せき」や「たん」で医療機関において、治療や検査を受けていますか？	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	5-2 「はい」と答えた方へ お子様は、ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などの診断を受けていますか？	はい	はい	はい	はい	はい	はい

1. 背骨が曲がっている。 ① 肩の高さ ② 肩甲骨の位置 ③ ウエストライン（腰）	1年	2年	3年	4年	5年	6年
	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
すると痛みがある。 伸展時の痛み 屈曲時の痛み	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
3. 腕・脚を動かすと痛みがある。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
4. 腕・脚に動きの悪いところがある。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
5. 片脚立ちが5秒以上できない。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
6. 長時間歩く・後ろに転ぶ しゃがむと痛みがある	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
上記1～6の項目に関して整形外科（専門医）を受診していますか？	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
保護者本人の自筆サインまたは押印						

該当学年の欄を間違えないよう記入して下さい。

該当学年の欄に忘れずサインまたは押印をお願いします。

小学校1年生の児童のみ答えて下さい。

質問6	お子様は、いままでBCGの接種（スタンブ式の予防接種）を受けたことがありますか？	はい					
	6-1 「いいえ」と答えた方へBCG接種を受けなかった具体的な理由を教えてください。	いいえ					

保護者本人の自筆サインまたは押印	1年	2年	3年	4年	5年	6年

※ 上記氏名の児童に対して結核既往歴及び予防接種歴、結核罹患歴を保健所に照会することを承諾いたします。保護者本人が自書する場合は、押印を省略することができます。

