

※赤字部分は全て記入をお願いします。

※保護者氏名と捺印が漏れていないか確認をお願いします。

令和 8 年 3 月 8 日

新 入 生 保 護 者 各 位

日 本 大 学 鶴 ヶ 丘 高 等 学 校 長  
寒 川 聡

## 令和 8 年 度 オ リ エ ン テ ー シ ョ ン の た め の 疾 病 調 査

この調査は、オリエンテーションを安全かつ有意義に実施するため、事前に健康状態を把握し、病気や事故の発生を最小限にするためのものです。ご協力をお願いします。

特にない場合でも「特になし」とご記入いただき、保護者捺印の上、4月6日(月)入学式に担任へご提出ください。

### 1. 食物・薬物アレルギーについて

アレルギーのため食べてはいけないものや服用できない薬品がありますか？

はい  いいえ

「はい」の場合は、裏面の該当する項目にチェックをお願いします。

※重度のアレルギー症状を発症する恐れのある方は、食材持参等ご相談ください。

### 2. 健康上の配慮項目について

配慮すべき既往症・体質や注意すべき点などがありましたらご記入ください。

また、希望する配慮内容等についても詳しくご記入ください。

(例:喘息のため、吸入薬を持参。季節の変わり目に発作を起こしやすい。等)

生卵を食べると蕁麻疹や息苦しさがあります。エピペンを持参しています。

2才の時に心房中隔欠損症の手術をしていますが、現在運動制限はありません。

ダニ・ハウスダストで喘息発作がでます。内服薬・吸入器を持参しています。

### 3. 緊急時連絡が取れない場合、病院受診に同意されますか？

はい  いいえ

### 4. その他、気になる点がございましたら、ご記入ください。

特になし

1 年 A 組 5 番 氏 名 鶴 ヶ 丘 太 郎

令和 8 年 4 月 5 日 保 護 者 氏 名 鶴 ヶ 丘 一 郎

衛

※記載された情報に関しましては、上記の目的以外に使用されることはありません。

# アレルギー対応生徒個別調査票

卵・鶏加工品	<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input checked="" type="checkbox"/> 生卵→ <input type="checkbox"/> マヨネーズ <input type="checkbox"/> 加熱した卵を用いた食品 <input type="checkbox"/> 卵白 <input type="checkbox"/> つなぎ・下味用に使用した鶏卵 <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> チキンブイヨン <input type="checkbox"/> チキンコンソメ <input type="checkbox"/> プリン <input type="checkbox"/> その他 ( )
乳類・牛肉加工品	<input type="checkbox"/> 牛乳→ <input type="checkbox"/> 牛乳の成分 <input type="checkbox"/> バター <input type="checkbox"/> クリーム <input type="checkbox"/> チーズ <input type="checkbox"/> ヨーグルト <input type="checkbox"/> アイスクリーム <input type="checkbox"/> 乳たんぱく <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 牛脂 <input type="checkbox"/> 牛肉加工品 <input type="checkbox"/> ビーフブイヨン <input type="checkbox"/> ビーフコンソメ <input type="checkbox"/> その他 ( )
豚肉加工品	<input type="checkbox"/> 豚肉 <input type="checkbox"/> 豚肉加工品 <input type="checkbox"/> ゼラチン <input type="checkbox"/> ラード <input type="checkbox"/> ブイヨン <input type="checkbox"/> ルー <input type="checkbox"/> ショートニング <input type="checkbox"/> その他 ( )
魚介類加工品	<input type="checkbox"/> 生魚 <input type="checkbox"/> 加熱した魚 <input type="checkbox"/> 魚介エキス <input type="checkbox"/> ホタテ→ <input type="checkbox"/> ホタテエキス <input type="checkbox"/> 巻き貝 <input type="checkbox"/> 昆布 <input type="checkbox"/> 練り製品 <input type="checkbox"/> フカヒレ <input type="checkbox"/> 出汁 <input type="checkbox"/> その他 ( )
甲殻類軟体類	<input type="checkbox"/> 海老 <input type="checkbox"/> 海老の成分 <input type="checkbox"/> 蟹 <input type="checkbox"/> 蟹の成分 <input type="checkbox"/> イカ <input type="checkbox"/> タコ <input type="checkbox"/> ブイヨン <input type="checkbox"/> その他 ( )
ナッツ種実類	<input type="checkbox"/> クルミ <input type="checkbox"/> アーモンド <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> カシューナッツ <input type="checkbox"/> ヘーゼルナッツ <input type="checkbox"/> マカダミアナッツ <input type="checkbox"/> 銀杏 <input type="checkbox"/> ヤシの実 <input type="checkbox"/> ゴマ <input type="checkbox"/> ごま油 <input type="checkbox"/> ナッツオイル <input type="checkbox"/> ピーナッツバター <input type="checkbox"/> その他 ( )
豆類	<input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 大豆油 <input type="checkbox"/> 大豆加工品 <input type="checkbox"/> みそ <input type="checkbox"/> 醤油 <input type="checkbox"/> もやし <input type="checkbox"/> 小豆 <input type="checkbox"/> その他豆類 ( ) <input type="checkbox"/> コーヒー <input type="checkbox"/> ココア <input type="checkbox"/> その他 ( )
小麦粉・麦穀類	<input type="checkbox"/> 小麦粉→ <input type="checkbox"/> フライの衣→ <input type="checkbox"/> 調味料（醤油やソース）の一部に使用されている小麦 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> うどん <input type="checkbox"/> トウモロコシ <input type="checkbox"/> クスクス <input type="checkbox"/> ライ麦 <input type="checkbox"/> パスタ <input type="checkbox"/> その他 ( )
米	<input type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> もち米 <input type="checkbox"/> 上新粉 <input type="checkbox"/> 白玉粉
蕎麦	<input type="checkbox"/> そば粉 <input type="checkbox"/> 蕎麦
野菜	<input type="checkbox"/> 人参 <input type="checkbox"/> 大根 <input type="checkbox"/> 胡瓜 <input type="checkbox"/> セロリ <input type="checkbox"/> ほうれん草 <input type="checkbox"/> パセリ <input type="checkbox"/> 三つ葉 <input type="checkbox"/> ブロッコリー <input type="checkbox"/> 生トマト→ <input type="checkbox"/> トマトドレッシング→ <input type="checkbox"/> トマトソース→ <input type="checkbox"/> トマトの成分 <input type="checkbox"/> ピーマン <input type="checkbox"/> サラダ菜 <input type="checkbox"/> レタス <input type="checkbox"/> しそ <input type="checkbox"/> うど <input type="checkbox"/> カリフラワー <input type="checkbox"/> いんげん <input type="checkbox"/> 筍 <input type="checkbox"/> にんにく <input type="checkbox"/> 生姜 <input type="checkbox"/> ねぎ <input type="checkbox"/> その他 ( )
芋類	<input type="checkbox"/> じゃがいも→ <input type="checkbox"/> じゃがいもの成分 <input type="checkbox"/> 大和芋 <input type="checkbox"/> 長芋 <input type="checkbox"/> さつまいも <input type="checkbox"/> 片栗粉 <input type="checkbox"/> その他 ( )
きのこ	<input type="checkbox"/> 椎茸 <input type="checkbox"/> しめじ <input type="checkbox"/> えのき <input type="checkbox"/> 松茸 <input type="checkbox"/> マッシュルーム <input type="checkbox"/> その他 ( )
果物	<input type="checkbox"/> メロン <input type="checkbox"/> 柚子 <input type="checkbox"/> レモン <input type="checkbox"/> オレンジ→ <input type="checkbox"/> オレンジジュース <input type="checkbox"/> グレープフルーツ <input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> マンゴー <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> 桃 <input type="checkbox"/> スイカ <input type="checkbox"/> パイナップル <input type="checkbox"/> イチゴ→ <input type="checkbox"/> イチゴジャム <input type="checkbox"/> リンゴ <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> ドライフルーツ <input type="checkbox"/> 該当する果物の果汁がエキスとして含まれている食品（例：ドレッシング）
油類	<input type="checkbox"/> サラダ油 <input type="checkbox"/> ごま油 <input type="checkbox"/> オリーブ油 <input type="checkbox"/> コーン油等植物性油 <input type="checkbox"/> ラード等動物油脂 <input type="checkbox"/> その他 ( )
調味料	<input type="checkbox"/> 塩 <input type="checkbox"/> 砂糖 <input type="checkbox"/> 醤油 <input type="checkbox"/> 酒類 <input type="checkbox"/> みりん <input type="checkbox"/> ソース <input type="checkbox"/> マスタード <input type="checkbox"/> ケチャップ <input type="checkbox"/> マヨネーズ <input type="checkbox"/> わさび <input type="checkbox"/> 生姜 <input type="checkbox"/> にんにく <input type="checkbox"/> 唐辛子 <input type="checkbox"/> 胡椒 <input type="checkbox"/> 酢 <input type="checkbox"/> フルーツ酸 <input type="checkbox"/> ワインビネガー <input type="checkbox"/> ポン酢 <input type="checkbox"/> その他 ( )
その他	<input checked="" type="checkbox"/> ( <span style="color: red;">ダニ、ハウスダスト</span> )
薬品	<input type="checkbox"/> 薬品名 ( ) → <input type="checkbox"/> 症状 ( )

※ 赤字部分は全て記入をお願いします。

No. \_\_\_\_\_

# 健康診断受診票

検査日: \_\_\_\_\_

※太枠の中をていねいにご記入ください。なお、この用紙を折り曲げたり、よごしたりしないでください。

生年月日は下記を参考に西暦で記入!!  
年号・西暦早見表

下記の氏名、年・組・番、生年月日(西暦で)欄は、はっきりと記入して下さい。

- 平 23→2011
- 平 22→2010
- 平 21→2009
- 平 20→2008
- 平 19→2007
- 平 18→2006
- 平 17→2005

18404	学校名	日本大学鶴ヶ丘高等学校	1年 A 組 24番	1男 2女
フリガナ	氏名	つるがおか たろう 鶴ヶ丘 太郎	西暦	2010年 5月 19日生
1) 今までにかかった病気はありますか..... 0 ない <input checked="" type="radio"/> 1 ある(ある方は、該当する番号に○をつけてください) 71 肺結核 歳 <input checked="" type="radio"/> 72 喘息 5 歳    73 アトピー 歳    74 腎臓病 歳    75 肝臓病 歳 76 心臓病 歳    77 川崎病 歳    78 リウマチ熱 歳    79 糖尿病 歳    80 高血圧 歳 81 低血圧 歳    82 甲種癌の病気 歳    83 胃腸の病気 歳    84 目のアレルギー 歳    85 鼻のアレルギー 歳 86 花粉症 歳    99 その他 歳				
2) 現在治療している病気はありますか..... 0 ない <input checked="" type="radio"/> 1 ある(ある方は、具体的に記入してください) 病名・発病年齢( 喘息 5歳 )    病名・発病年齢( )				

以下は検査担当者記入

医師の記入欄 該当する所見の指示欄に「レ」でチェックしてください。

身長

体重

視力  
右   左    
1.裸眼 2.矯正視力 3.メガネ ( ) ( )

視力は数字  
眼鏡・CL使用者は矯正のみ

色覚

聴力

心電図

胸部

採血

尿検査 9. 未検  
蛋白 ( ) 糖 ( )  
潜血 ( )

眼科	耳鼻咽喉頭	内科
0 異常所見なし	0 異常所見なし	0 異常所見なし
1 放置可	1 放置可	1 放置可
2 要経過観察	2 要経過観察	2 要経過観察
3 要受診	3 要受診	3 要受診
4 管理・治療中	4 管理・治療中	4 管理・治療中
46 急性結膜炎	31 耳垢栓塞	11 胸郭変形
47 慢性結膜炎	32 中耳炎	12 脊柱側弯
48 アレルギー性結膜炎	33 外耳炎	17 栄養不良
49 麦粒腫	34 副鼻腔炎	18 アトピー
50 霰粒腫	35 アレルギー性鼻炎	19 無害性心雑音
51 外斜視	36 鼻中隔彎曲	20 心雑音
52 内斜視	37 鼻茸	21 不整脈
53 眼瞼炎	38 扁桃腺炎	22 肺雑音
54 睫毛内反	39 扁桃肥大	23 貧血傾向
55 睫毛乱生	40 アデノイド	24 甲状腺腫脹
99 その他	99 その他	99 その他

歯科 担当 ( )

菌式	判定区分の説明	61 歯肉	62 歯垢	63 歯列	64 咬合	65 顎関節	66 矯正	99 その他																	
現在歯 <input type="checkbox"/> 1	0=異常なし	の 状 態	の 状 態	の 状 態	の 状 態	の 状 態	正 中	( )																	
喪失歯 <input type="checkbox"/> 2	1=要経過観察																								
要注意乳歯 <input type="checkbox"/> 3	若干の歯垢付着																								
要観察歯 <input type="checkbox"/> 4	2=歯科医受診相当の歯垢付着																								
5 処置歯	6 未処置歯	7 現在歯無	8 現在歯無	9 確認	10 確認	11 確認	12 確認	13 確認	14 確認	15 確認	16 確認	17 確認	18 確認	19 確認	20 確認	21 確認	22 確認	23 確認	24 確認	25 確認	26 確認	27 確認	28 確認	29 確認	30 確認

※赤字部分は全て記入をお願いします。

## 令和8年度 脊柱・四肢の状態調査票

学校名：日本大学鶴ヶ丘高等学校
1年 A組 15番 <b>男</b> ・女
氏名： <b>鶴ヶ丘 太郎</b>

【保護者の方へ】

下記の必要事項を記入し、問A～C(1・2)のあてはまるところに○印を付けて下さい。

問A:現在、継続して整形外科で治療している病気はありますか？

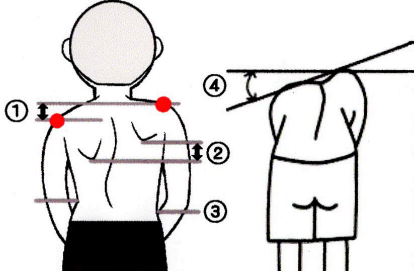
ない・**ある**(病名: **膝内側側副靭帯損傷**)

問B:身体のどこかに1ヶ月以上続く痛みはありますか？

ない・**ある**部位: **膝**

問C:下表にそってお子様の状態を確認してください

1.脊柱側弯について

保護者記入欄	備考
記入日 R8年 4月 7日	
<p>立った姿勢で後ろから見て左右の肩・肩甲骨・ウエストラインの高さを確認して下さい。</p>  <p>① 肩の高さは左右同じですか？ ② 肩甲骨の位置・高さは左右同じですか？ ③ ウエストラインは左右同じですか？ ④ 前屈した時に背面の高さは左右同じですか？</p>	<p><b>ない</b> (同じである)</p> <p>左右差がある</p> <p>傾きがある</p>

2.四肢の状態について

<p>(1)前方に腕を曲げ伸ばした時に、ひじに痛みはありますか？ ※手のひらを上に向けて腕を伸ばして下さい</p> 	<p>ひじの痛み</p> <p><b>ない</b>・ある</p>	
<p>(2)両腕の肘を伸ばしたまま上げた時に、肩に痛みはありますか？</p> 	<p>肩の痛み</p> <p><b>ない</b>・ある</p>	
<p>(3)前屈や後屈をして腰に痛みがありますか？ ①前に身体を倒す ②後ろに身体を倒す</p> 	<p>腰の痛み</p> <p><b>ない</b>・ある</p>	
<p>(4)屈伸をした時に、膝や足首に痛みはありますか？ ※かかと少し浮いて良いです</p> 	<p>膝や足首の痛み</p> <p>ない・<b>ある</b></p>	

※この調査票は健康診断の内科診察時に参考資料として使用します。

※赤字部分はすべて記入をお願いします。  
 ※保護者氏名と捺印が漏れていないか確認をお願いします。

**秘 心電図調査票【保護者様】** この調査票は、裏面を参考にしながらご記入ください。

記入年月日: 西暦 2026 年 4 月 6 日

学校名	年	組	番	フリガナ	ツルガオカ タロウ	性別	生年月日	年齢	保護者氏名	クラブ名
日本大学鶴ヶ丘高等学校	1	A	15	氏名	鶴ヶ丘 太郎	男	西暦 2010年 9月 18日 (15歳)		鶴ヶ丘 史郎	

質問1. お子様の現在の体格(おおよそで結構です) …… 身長 170 cm ・ 体重 65 kg

質問2. 今までに心疾患の指摘を受けたことがありますか …… ある ・ ない ※ある方は診断名を表Aから選び回答欄それぞれにお答えください。

回答欄	診断名番号 または 診断名 (表A)	発症年齢	手術歴	心臓の検査 (表B)	最終受診年齢	現在の状況(表C)	⇒①・②の方は、医療機関名
	26.心雑音	8歳	有・無	51.心電図	13歳	1	鶴枝病院
		歳	有・無		歳		
		歳	有・無		歳		

表A 《診断名番号》

1. 心房中隔欠損	9. ファロー四徴症	16. 川崎病 後遺症あり	23. 完全左脚ブロック
2. 心室中隔欠損	10. 大血管転換	17. 川崎病 後遺症なし	24. WPW症候群
3. 動脈管開存	11. 三尖弁狭窄・閉鎖不全	18. 発作性頻拍	25. プルガダ症候群
4. 心内膜床欠損	12. 心筋症	19. 上室性期外収縮	26. 心雑音
5. 大動脈弁狭窄・閉鎖不全	13. その他の先天性心臓病	20. 心室性期外収縮	27. 心肥大
7. 肺動脈弁狭窄・閉鎖不全	14. 心筋炎・心膜炎	21. (I・II・III)度房室ブロック	28. その他
8. 僧帽弁狭窄・閉鎖不全	15. リウマチ熱	22. (完全・不完全)右脚ブロック	

表B 《心臓の検査》

51. 心電図
52. レントゲン
55. 超音波
57. カテーテル
58. MRI
59. CT

表C 《現在の状況》

① 精密検査の結果、心臓に異常はないと言われた。(精査後、異常なし)
② 定期的に医療機関を受診している(医療機関経過観察)
③ 毎年、学校で心電図検査を受けている(学校経過観察)
④ 何もしていない(放置)

質問3. 最近(6ヶ月以内)、次のようなことがありますか? (本人に確認して記入してください)

- (1) 何もしないのに急に心臓がドキドキしたり、急に脈がとぎれたことがある …… ある ・ ない  
 ある方は⇒ 精査後、異常なし・経過観察・放置
- (2) 気を失ったことがある《高熱・立ちくらみ・てんかん・他の神経系疾患は除く》 …… ある ・ ない  
 ある方は⇒ 精査後、異常なし・経過観察・放置

質問4. 家族(両親、きょうだい、祖父母、おじ、おば)の中に、40歳以下で心臓病が原因で突然死した人がいますか? …… いる ・ ない ・ わからない  
 ・お亡くなりになった病名・年齢はわかりますか?  
 病名 ( ) ( ) 歳

所見

030. 左軸偏位(一度)	190. I度房室ブロック(秒)	380. 右室肥大	720. 移動性ペースメーカー
040. 右軸偏位(一度)	200. II度房室ブロック(Mobitz II)	390. 左室肥大	740. 接合部調律
050. 不定軸	210. II度房室ブロック(Wenckebach)	430. ST-T異常	880. QTc延長
060. 洞性不整脈	220. III度房室ブロック	460. ST低下	920. 右胸心
070. 洞性徐脈(HR)	230. WPW症候群	480. 平低T波	930. プルガダ型心電図
080. 洞性頻脈(HR)	240. 上室性期外収縮(稀・散・頻)	490. 陰性T波	997. 調査票(既往)より
090. 不完全右脚ブロック	290. 心室性期外収縮(稀・散・頻)	670. T波増高	998. 調査票(自覚症状)より
110. 完全右脚ブロック	360. 左房負荷	530. 異常Q波	999. その他
120. 完全左脚ブロック	370. 右房負荷	680. 洞房ブロック( )	

今回の心電図判定
0: 正常範囲
1: 支障なし
2: 経過観察
4: 要精密検査
判読医

心臓検診総合判定
0: 異常なし
1: 管理不要
2: 次回1年後再検
3: 主治医管理
4: 専門医受診
医療法人財団 綜友会

(医師記入欄)

※赤字部分は全て記入をお願いします。

※緊急連絡先は、日中必ず連絡のとれるところを記載してください。（携帯電話可）

### 日本大学鶴ヶ丘高等学校健康調査票

学年	1	2	3
組	A		
番号	25		

氏名	鶴ヶ丘 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	生年月日	平成 22 年 5 月 8 日生
住所	168-0023 東京都杉並区和泉 2-26-12			電話	03-3322-7521
保護者名	鶴ヶ丘 史郎	続柄	父		
緊急連絡先	168-0023 東京都杉並区和泉 2-26-12			電話	09012345678
現住所変更				電話	

#### 健康状態に関する記録(該当する所に○をつけて下さい)

色覚	<input checked="" type="radio"/> 1. 正常	2. 色覚異常 ( )			
聴力	<input checked="" type="radio"/> 1. 正常	2. 難聴 (左・右)			
予防接種	B C G	1. 未接種	<input checked="" type="radio"/> 2. 接種		
	水痘	<input type="radio"/> 既往なし	2. 既往あり	1. 未接種	<input checked="" type="radio"/> 2. 接種 ( 2 回)
	流行性耳下腺炎	<input type="radio"/> 既往なし	2. 既往あり	1. 未接種	<input checked="" type="radio"/> 2. 接種 ( 2 回)
	麻疹	<input type="radio"/> 既往なし	2. 既往あり	MRワクチン 1. 未接種	<input checked="" type="radio"/> 2. 接種 ( 2 回)
	風疹	<input type="radio"/> 既往なし	2. 既往あり	麻疹ワクチン 1. 未接種	2. 接種 ( 回)
				風疹ワクチン 1. 未接種	2. 接種 ( 回)
血液型	1. ( A )型	2. RH ( <input checked="" type="radio"/> ・ - )	3. 不明		
既往症の有無	<input checked="" type="radio"/> 1. 有(病名: 喘息 ) 2. 無				
既往症に対する注意点	2歳の時喘息と診断。中学2年まで1年間に数回発作をおこしていたが、中学3年には発作をほとんどおこしてない。 季節の変わり目に注意が必要である。				
運動	<input checked="" type="radio"/> 1. 制限なし	2. 制限あり ( )			
家族の健康状態	家族構成 父・母・妹 全員健康				

#### 指導注意事項

1 年	2 年	3 年