

心 臓 病 調 査 票

令和 年 月 日

〈保護者をご記入ください〉 ※あてはまる口に を入れ、空欄には病名・病院名などを記入してください

子どもたちが安全で安心な学校生活を送るために、学校ではいろいろな健康診断を行っています。
この調査票は心臓検診に利用いたしますので、ご協力ください。
※この調査票を心臓検診以外で使用することはありません。

学校名	小学校・中学校・高校	年	組(科)	番
フリガナ	平成	年	月	日生(歳)
氏名	令和			
				性別 男・女

質問 以下の指摘を受けたことがありますか

(ない ある)

1 先天性心臓病・不整脈・心雑音など

ある場合

※病名/指摘された異常 (_____)

1. 「自然によくなった」と医師に言われた (病院名 _____)
2. 定期的な検査や治療は不要と医師に言われた (病院名 _____)
3. 手術を受けた (歳 ヶ月ごろ) (病院名 _____)
4. 定期的に通院し、検査または治療を受けている (病院名 _____)
 ※次回の受診予定日はいつですか (年 月ごろ受診予定)
5. 異常 (_____) を指摘されたが、どこも受診していない 10

(ない ある)

2 川崎病 10

ある場合

1. 幼少期に治療を受けたが、現在どこにも通院していない
 ※発病 (歳のとき) (病院名 _____)
 ※最終受診 (歳のとき) (病院名 _____)
2. 定期的に検査を受けている、または治療中である
 ※通院先 (病院名 _____)
 ※次回の検査予定日 (年 月ごろ受診予定)
3. 川崎病について学校心臓検診の二次検診(精密検査)を受けたことがある
 ※最後に二次検診を受けた学年(小学校__年生・中学校__年生)
 ※二次検診を受けた施設
 熊本市医師会ヘルケアセンター
 その他 (_____)

※学校記入欄(保護者は記入しないでください)

I 学校医所見 (あり・なし) ※ありの場合は下記をご記入ください 10

I-1 聴診 (※機能性と思われるような軽微な雑音は含めないでください)

(心雑音 脈の不整 その他 _____)

II レントゲン写真結果(高校生) 正常範囲 異常 (_____)

III 養護教諭・学級担任等からの意見

[_____]

合計