

※新入生は、太枠内を記入してください。

令和8年度入学

大阪府立桜和高等学校 ⑧保健調査票

令和8年3月19日

合格者のみなさまへ

健康教育部

「保健調査票」記入上の注意

合格おめでとうございます。
この書類は、皆さんが安全で安心な高校生活を過ごせるように使用いたします。
緊急時に適切な処置をするため重要な資料となるものです。
その趣旨をご理解の上、皆さんと保護者の方で確認しながら、ありのままを正確に記入してください。
なお、在学中は適切な方法で厳重に保管し、卒業後は適切に処理いたします。

- 1 黒のボールペンでご記入ください。
- 2 ①～③までの太枠内を記入漏れのないように正確に記入してください。
- 3 不明な点、気にかかる点などがありましたら、桜和高等学校 保健室までご連絡ください。
- 4 記入事項の訂正・追加（緊急連絡先の変更・既往歴の追加など）は、その都度、本人が保健室へ報告に来てください。

この保健調査票は4月8日(水)に教室で集めます。
それまでもれなく記入し、当日、絶対に忘れないようにしてください。

受験番号	①
1年	— 番
2年	組 番
3年	組 番
年	組 番

ふりがな	
名前	②
生年月日	年 月 日生

保護者名		続柄 ()
現住所 〒	③	
電話番号	— —	
出身中学	立	④ 中学校

※変更のあった場合は赤字で修正してください。

緊急連絡先(勤務先または携帯)	
(確実に連絡できるところを2か所以上記入してください)	
受話者名・勤務先名称等	続柄 電話番号
	⑤ — —
	— —
	— —

※緊急連絡先に変更があった時は、必ずご連絡ください。

この調査票は、在学中の健康管理・保健指導の参考にするためのものです。ありのままご記入ください。
記入事項の訂正や追加（緊急連絡先の変更・追加、病状についての補足など）が生じた時は、その都度生徒本人が保健室に報告に来てください。
在学中は厳重な管理のもと上記以外の目的には使用せず、卒業・転学時には適切に処理いたします。

既往歴および現在の状況

傷病名	初発年齢	現在の状況(○印)			医療機関名 (主治医名)	次回受診予定	薬の使用の有無		管理指導表等	
		治療中	経過観察	治癒			あり	なし	あり	なし
心臓病(病名)						年 月				
腎臓病(病名)						年 月				
けいれん性疾患						年 月				
ぜんそく						年 月				
アトピー性皮膚炎						年 月				
その他 ()						年 月				

現在治療中または経過観察のため定期的に受診している病気やけががあり、体育・水泳・マラソン等激しい運動を制限する必要がある時は、その理由とともに書きください。そのほか学校に知らせておきたいことなどあればご記入ください。
※特になければ、「なし」と記入するか斜線をひいてください。

内 容	
1年	医療機関名: ⑦ 次回受診予約: 年 月 日 受診期間: 年月・年ごと
2年	月 日 受診期間: 年月・年ごと
3年	発作時・体調不良時の対応方法や、授業への配慮(座席・板書など)等、具体的にご記入ください。

医療機関における個人情報提供についての同意書

在籍中、学校管理下において発生した傷病などで医療機関を受診した際、個人情報保護の観点から、保護者の方が病院に到着されるまで、検査・処置等が保留されることがあります。
迅速な対応を優先していただくため、本人や保護者に代わり、付き添った学校関係者が担当医師に対し、住所・連絡先など、保健調査票に記載されている個人情報を医療機関に開示することや、治療内容や症状等の説明を保護者に代わり医師から受けることについて承諾していただけるようであれば、下記にて保護者の方のご署名をお願いします。

大阪府立桜和高等学校長 様

令和8年4月8日

生徒名

保護者名

食物アレルギー調査票

※変更があった場合は赤字で修正してください。

ふりがな		記入日	年 月 日
名前		保護者署名	印
食物アレルギーはありますか？			
質問1.① ない () → 質問1. ②があればお答え下さい。 ある () → 下記の表と質問2. 3. 4にお答えください。			
アレルギーのある食品	除去の程度	状態・アレルギー反応の程度 (できるだけ詳しく)	
記入例) 卵	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input checked="" type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他(右欄にご記入ください)	生・半生で反応が起こる。目が腫れたり、じんましんが出る。症状が出た場合は、服薬させ、すぐに連絡してほしい。	
	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input checked="" type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他(右欄にご記入ください)		
	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input checked="" type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他(右欄にご記入ください)		
	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input checked="" type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他(右欄にご記入ください)		
質問1.② 「ない」「ある」いずれかに必ず「○」をつけてください。			
<input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他(右欄にご記入ください)			
質問1.②: 食物以外のアレルギーはありますか？			
【特に注意されていることがあればお書きください】			
質問2. 調理実習等食品を扱う授業、校外学習・修学旅行等の行事ごとに食品成分表等での確認を希望されますか？ <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する → 医師記入の別紙「学校生活管理指導表(アレルギー疾患)」を提出してください			
質問3. エピペン®や内服薬など緊急薬の処方がありますか？ <input type="checkbox"/> 内服薬等の処方はない (薬品名) <input type="checkbox"/> 内服薬を処方されている <input type="checkbox"/> エピペン®を処方されている → 医師記入の別紙「学校生活管理指導表(アレルギー疾患)」を提出してください			
質問4. 緊急時連絡先 (連絡のつきやすい順に)			
	連絡先	続柄	電話番号
①			
②			
③			
確認日	年 月 日	【2年生】	保護者署名 印
確認日	年 月 日	【3年生】	保護者署名 印
確認日	年 月 日	【 】	保護者署名 印

