

就学時健康診断受診票

就学予定者の健康に関する調査票 ※健康診断を受ける前に保護者の方が記入してください。

(1) 乳幼児健康診査で指摘されたことなどがあれば記入してください。

| |
|--|
| |
|--|

(2) 予防接種は済みましたか。接種済みのものにチェックをしてください。

| | 1回目 | | | | 2回目 | | | | 3回目 | | | | 追加 | | | |
|----------------|---------|---|---|----|-----|---|---|----|-----|---|---|----|----|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 追加 | 1 | 2 | 3 | 追加 | 1 | 2 | 3 | 追加 | 1 | 2 | 3 | 追加 |
| ヒブ | 三種混合 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小児用肺炎球菌 | 麻しん・風しん | | | | | | | | | | | | | | | |
| BCG | 日本脳炎 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 四種混合(ポリオ+三種混合) | 水痘 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ポリオ | B型肝炎 | | | | | | | | | | | | | | | |

(3) 今までにかかった病気があれば、番号を○でかこんでください。

| | | | |
|------------|--------------|-----------|------------|
| 1 はしか | 2 水ぼうそう | 3 おたふくかぜ | 4 風しん |
| 5 ぜんそく | 6 川崎病(MCLS) | 7 食物アレルギー | 8 アトピー性皮膚炎 |
| 9 アレルギー性鼻炎 | 10 アレルギー性結膜炎 | 11 弱視・斜視 | 12 結核 |
| 13 心臓病 | 14 腎臓病 | 15 難聴 | |
| 16 その他 () | | | |

(4) よく起こる病気について記入してください。(例えば、ひきつけ、ぜんそくの発作、扁桃炎など。)

| |
|--|
| |
|--|

(5) 現在、医師に診てもらっている病気があれば記入してください。

| |
|--|
| |
|--|

(6) 眼科や耳鼻科に関する項目で気になることがあれば、番号を○でかこんでください。

| | | | | |
|-----|-----------|--------------|------------|-----------|
| 眼科 | 1 目線がずれる | 2 目を細めて見る | 3 目やにがよく出る | 4 目をこする |
| | 5 その他 () | | | |
| 耳鼻科 | 1 聞き返しが多い | 2 鼻水・鼻づまりが多い | 3 いびきをよくかく | 4 発音がおかしい |
| | 5 その他 () | | | |

- (7) 信号を見て正しく渡れますか。 (はい いいえ)
- (8) 仲良く友達と一緒に遊べますか。 (はい いいえ)
- (9) 知能の発達に遅れがあると思いますか。(はい いいえ)
- (10) 体や心の健康及び性格・行動のことで、気になっていること、学校へ知らせておく方がよいと思われることがあれば記入してください。

| |
|--|
| |
|--|

検査等の際、配慮してほしいことがあればお知らせください。

(※初めての場所に不安を感じることもある、一度にたくさん質問をされると答えられない、など)

| |
|--|
| |
|--|

※太枠内のみ記入してください。

| | | 健康診断年月日 | | | | 年 月 日 | | | | |
|---------------|---------------|--------------|---|---|-------|----------------|-----|--------|--|--|
| 就学予定者 | ふりがな | | | | | 性別 | | | | |
| | 氏名 | | | | | 男・女 | | | | |
| | 生年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 就学予定者との関係【例 父】 | | | | |
| | 現住所 | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 自宅 | | | | | 携帯 | 関係 [] | | |
| 幼稚園・保育園名 | | | | | | 小学生のきょうだい | | 年 組 氏名 | | |
| 入学時までの転居予定の有無 | | なし・あり (転居先) | | | | | | | | |
| 栄養状態 | 栄養不良 | | | | | 歯 菌 | 乳 歯 | 処 置 | | |
| | 肥満傾向 | | | | | | | 未処置 | | |
| せき柱 | | | | | 永 久 歯 | | 処 置 | | | |
| 胸 郭 | | | | | | | 未処置 | | | |
| 視 力 | 右 | () | | | | その他の歯病 及び異常 | | | | |
| | 左 | () | | | | | | | | |
| 聴 力 | 右 | | | | | 口腔の疾病及び異常 | | | | |
| | 左 | | | | | | | | | |
| 眼の疾病及び異常 | | | | | | | | | | |
| 耳鼻咽喉頭疾患 | | | | | | | | | | |
| 皮膚疾患 | | | | | | | | | | |
| その他の疾病及び異常 | | | | | | | | | | |
| 予 防 接 種 | | | | | | | | | | |
| 担当医師所見 | | | | | | | | | | |
| 事後措置 | 治療勧告 | | | | | | | | | |
| | 就学に関し保健上必要な助言 | | | | | | | | | |
| | その他 | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | |

※左右の太枠内の記入が終わったら健康診断を受けてください。