

就学時健康診断票

※太線の中を保護者で記入してください。裏面もあります。

		入学予定学校	若基小 ・ 基山小		健診日	令和7年 月 日	
ふりがな				在 園 名		性 別	
児 童 氏 名				幼稚園 保育園		男 ・ 女	
生 年 月 日		平成・令和 年 月 日 (歳)				連絡先 (自宅・携帯)	
現 住 所		基山町				() —	
保護者氏名		(児童から見た続柄 :)					
栄養状態	栄養不良			耳鼻咽喉頭疾患			
	肥満傾向			皮膚疾患			
脊 柱				う 歯 数	乳 歯	処 置	
胸 郭					未処置		
視 力		(右) (左)			永 久 歯	処 置	
聴 力		(右) (左)			未処置		
目の疾病及び異常				その他の歯の疾病及び異常			
				口腔の疾病及び異常			
その他の疾患及び異常							
医師所見		医師氏名					
歯科医師所見		歯科医師名					
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							

※就学時健診までに、保護者の方が記入してください。

健康診断事前調査票

令和 7 年 月 日記入

(1) 予防接種で、受けたものに○をつけてください。(母子手帳を参考にし、記入してください。)

BCG	未	済
4 種混合 (ジフテリア・破傷風・百日せき・不活化ポリオ)	未	1 回・2 回・3 回・第 1 期追加
麻疹 (はしか)・風疹	未	I 期・II 期
日本脳炎	未	1 回・2 回・第 1 期追加
H i b 感染症 (ヒブワクチン)	未	1 回・2 回・3 回・追加
小児用肺炎球菌	未	1 回・2 回・3 回・追加

(2) 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. 麻疹 (はしか)	2. 風疹 (三日はしか)	3. 水痘 (水ぼうそう)
4. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	5. ぜんそく	6. 川崎病 (M C L S)
7. 結核	8. 心臓病	9. 腎臓病
10. その他 ()		

(3) よくおこる病気について記入してください。(例: ひきつけ、ぜんそくのほっさ、扁桃炎など)

--

(4) 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。

--

(5) アレルギーについて、記入してください。

食物アレルギー (食品および症状、対処法等)	その他のアレルギー (原因および症状、対処法等)

(6) 学校で知っておいてもらいたいことや、配慮してほしいこと等がありましたら、記入してください。

--

※本票により取得した個人情報、健康診断以外の目的では使用いたしません。