

就学時健康診断票

記入例

(太枠内のみ記入してください。裏面に記入例があります)

就学予定者	ふりがな	くさつ たろう		性別	男・女
	氏名	草津 太郎		生年月日	H28年10月15日
	現住所	草津三丁目13番30号		就学予定校	大津 小学校
	お通いの施設名	草津中央おひさまこども園			
	転居の予定	無 <input checked="" type="radio"/> → 転居先は ① 未定 ・ ② <input checked="" type="radio"/> (市町名: 大津市)			
保護者	氏名	草津 一郎	連絡先	Tel 077-1234-5678	
主な既往症 (該当するものに○印を)		<input checked="" type="checkbox"/> 特になし 心臓病 川崎病 腎臓病 糖尿病 肝臓病 ぜんそく 脳炎・髄膜炎 てんかん 熱性けいれん 麻しん(はしか) 風しん 水痘(水ぼうそう) おたふくかぜ アレルギー( ) その他( )			
予防接種 (接種しているものに○印を)		●ヒブ <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 <input checked="" type="checkbox"/> 追加 ●小児用肺炎球菌 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 <input checked="" type="checkbox"/> 追加 ●B型肝炎 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 ●BCG ●4種混合(DPT-IPV) [ <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 <input checked="" type="checkbox"/> 追加] または3種混合(DPT) [1回目・2回目・3回目・追加] +不活化ポリオ [1回目・2回目・3回目・追加] ●水痘 [ <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目] ●麻しん・風しん混合(MR) <input checked="" type="checkbox"/> 1期 <input checked="" type="checkbox"/> 2期 ●日本脳炎1期 [ <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目]			
栄養	母子手帳の予防接種欄を参考に御記入ください。		耳鼻咽喉頭疾患		
脊柱			皮膚疾患		
胸	<div style="border: 2px solid black; padding: 20px; width: fit-content; margin: auto;"> <h1>記入不要</h1> </div>				
眼の疾病及び					
視					
聴					
担当医師					
担当歯科医師			(本) (本) 列不正 ) 欠久歯1歯 出された方 )		
事後措置	治療	J			
	就学に必要な助言				

※御記入いただきました情報につきましては、教育委員会内で共有し、各小学校へ提供いたします。