

就 学 時 健 康 診 断 票 (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				性 別	男 ・ 女		
	氏 名							
	現 住 所				生年月日	H・R 年 月 日		
					就学予定校	小学校		
					お通いの施設名			
	転居の予定	無・有 → 転居先は ① 未定 ・ ② 決まっている (市町名：)						
保護者	氏 名				連絡先	Tel		
主な既往症 (該当するものを○で囲ってください)		特になし 心臓病 (歳,診断名：) 川崎病 (歳) 肝臓病 (歳,診断名：) 腎臓病 (歳,診断名：) 糖尿病 (歳) 喘息 (歳) てんかん (歳) 脳炎・髄膜炎 (歳) 熱性けいれん (歳) アレルギー (原因：) アトピー (歳) その他 (歳)						
予 防 接 種 (接種しているものを○で囲ってください)		●ヒブ〔1回目・2回目・3回目・追加〕 ●小児用肺炎球菌〔1回目・2回目・3回目・追加〕 ●B型肝炎〔1回目・2回目・3回目〕 ●4種混合 (DPT-IPV)〔1回目・2回目・3回目・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〔1回目・2回目〕 ●麻しん・風しん混合 (MR)〔1期・2期〕 ●日本脳炎1期〔1回目・2回目・3回目〕 ●BCG						
栄養状態	栄養不良				耳 鼻 咽 頭 疾 患			
	肥満傾向							
脊 柱				皮 膚 疾 患				
胸 郭								
眼の疾病及び異常					そ の 他 の 疾 病 及 び 異 常			
視 力	右	A B C D ()			口 腔 の 疾 患 お よ び 異 常	う 歯	乳 歯	なし ・ あり (本)
	左	A B C D ()					永久歯	なし ・ あり (本)
聴 力	右	聞こえる ・ 聞こえにくい			歯 石 ・ 歯 垢 ・ 歯 肉 炎 要 注 意 乳 歯 ・ 不 正 咬 合 ・ 歯 列 不 正 ゆ 合 歯 ・ そ の 他 ()			
	左	聞こえる ・ 聞こえにくい						
担 当 医 師 所 見					口 腔 の 疾 患 お よ び 異 常			
担 当 歯 科 医 師 所 見								
					□う蝕多発傾向者	処置歯が、乳歯3歯以上または永久歯1歯 以上で、かつC O(要観察歯)が検出された方		
事後措置	治 療 勧 告	内 科 ・ 歯 科 ・ 視 力 ・ 聴 力						
	就学に関し保健上必要な助言							

※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。