

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)

記入例

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
	現 住 所	草津三丁目 13 番 30 号	就学予定校	草津 小学校
	転居の予定	無・有 → 転居先は ① 未定 ・ ② 決まっている (市町名： 大津市)	お通いの施設名	草津中央おひさまこども園
保護者	氏 名	草津 花子	連絡先	Tel 077-1234-5678
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 (4 歳 2 回) 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) ●麻疹・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	母子手帳の予防接種 欄を参考に御記入 ください。		耳 鼻 咽 頭 疾 患	
脊			皮 膚 疾 患	
胸				
眼の疾病及び				
視	力	(本)		
聴	力	(本)		
担 当 医 師 所		列不正)		
担当歯科医師		久歯 1 歯 された方)		
事後措置	治 療 費			
	就学に関 健上必 助 言			

記入不要

※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。