

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 | | | 生年月日 | H 年 月 日 | |
| | 現 住 所 | | | 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 (該当するものに○印を) | | 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〔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〕 ●BCG ●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〕 | | | | |
| 栄養状態 | 栄養不良 | | | 耳鼻咽喉頭疾患 | | |
| | 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 () | | 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CO(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。