

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・R 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〕 ●ロタウイルス【ロタリックス・ロタテック】 〔1回目・2回目・3回目〕※ロタリックスについては2回目まで ●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 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				
担 当 歯 科 医 師 所 見								
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。