

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	H 20 年 10 月 15 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) ●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	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			皮膚疾患	
胸				
眼の疾病及び				
視力			(本)	
聴力			(本)	
担当医師			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。

草津市教育委員会