

就 学 時 健 康 診 断 票

就学時健康診断
通知書の右上の
健診番号を記入
してください

健診番号

* 太線の枠内を、あらかじめ保護者が記入してください。

		健康診断 年月日								
就学 予 定 者	ふりがな			ふりがな						
	氏名			氏名						
	生年月日	年	月	日生	就学予定者との関係					
	現住所	町田市		電話番号						
主な既往症 (今までにかかった病気及び現在治療中の病気) 該当するものに○を記入		腎臓病 心臓病 川崎病 肝臓病 ぜんそく 自家中毒 てんかん ひきつけ アトピー性皮膚炎 その他 () 現在治療中の病気・ケガ () アレルギー () ※有無にかかわらず、別紙「食物アレルギー等対応申出書」について記入をお願いします。								
お子さんの様子 (該当するものに○)		耳は * ふつう * 聞こえにくい		目は * ふつう * 見えにくい						
		言葉は * ふつう * 幼児語		* どもる * しゃべらない						
予防接種の状況 ※ 母子手帳等を確認の上、記入してください ※ 接種年月日を記入してください(未接種の場合は未接種に○)				麻しん・風しん	第1期	未接種	MR (麻しん・風しん混合)	年	月	日
BCG					未接種	年	月	日		
ポリオ・ジフテリア・百日せき・破傷風				日本脳炎 第1期	未接種	1回目	年	月	日	
不活化ポリオ						2回目	年	月	日	
ヒブ(Hib)				小児用肺炎球菌	未接種	1回目	年	月	日	
1回目						2回目	年	月	日	
2回目				水痘	未接種	1回目	年	月	日	
3回目						2回目	年	月	日	
追加				B型肝炎	未接種	1回目	年	月	日	
						2回目	年	月	日	
						3回目	年	月	日	
栄養状態	栄養不良			歯	乳歯	処置				
	肥満傾向					未処置				
脊柱・胸部				歯数	永久歯	処置				
皮膚疾患						未処置				
視力	右	()		その他の歯の疾病及び異常						
	左	()		口腔の疾病及び異常						
聴力	右			耳鼻咽喉頭疾患						
	左									
眼の疾病及び異常										
その他の疾病及び異常										
担当医師所見										
担当歯科医師所見										
事後措置	治癒勧告	就学に関し保健上必要な助言		その他						
備考										