

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	未接種	麻しん(M)	年	月	日		
ポリオ・ジフテリア・百日せき・破傷風	未接種	不活化ポリオ	1回目	年	月	日	日本脳炎第1期	未接種	風しん(R)	年	月	日
			2回目	年	月	日			MR (麻しん・風しん混合)	年	月	日
			3回目	年	月	日			麻しん(M)	年	月	日
			追加	年	月	日			風しん(R)	年	月	日
ヒブ(Hib)	未接種	(混合接種に○)	1回目	年	月	日	小児用肺炎球菌	未接種	1回目	年	月	日
			2回目	年	月	日			2回目	年	月	日
			3回目	年	月	日			追加	年	月	日
			追加	年	月	日			追加	年	月	日
水痘	未接種	1回目	年	月	日	B型肝炎	未接種	1回目	年	月	日	
		2回目	年	月	日			2回目	年	月	日	
		3回目	年	月	日			3回目	年	月	日	
		追加	年	月	日			追加	年	月	日	
栄養状態	栄養不良											
	肥満傾向											
脊柱・胸部												
皮膚疾患												
視力	右	()										
	左	()										
聴力	右											
	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	治療勧告	就学に関し保健上必要な助言			その他							
備考												