

就学時健康診断票

*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			男・女	保護者									
	氏名			氏名										
	生年月日	年	月	日	生									
	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○ 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				
					第2期	未接種	MR (麻しん・風しん混合)	年	月	日				
BCG	未接種	年 月 日		日本脳炎 第1期	未接種	1回目	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 (種 類 合 に 接 種)	2回目			年	月	日	小児用 肺炎球菌	未接種	1回目	年	月	日
			3回目			年	月	日			2回目	年	月	日
			追加			年	月	日			追加	年	月	日
			1回目 (三種・四種)	年	月	日	3回目	年			月	日		
			2回目 (三種・四種)	年	月	日	追加 (三種・四種)	年			月	日		
ヒブ (Hib)	未接種	1回目	年	月	日	水痘	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	B型肝炎	未接種	1回目	年	月	日			
		追加	年	月	日			2回目	年	月	日			
栄養 状態	栄養不良			歯 数	乳 歯	処置								
	肥満傾向					未処置								
脊 柱 ・ 胸 郭				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	()												
聴 力	右			口腔の疾病及び異常										
	左													
眼の疾病及び異常				耳鼻咽喉疾患										
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 勸 告			就学に関し保健上必要な助言		そ の 他								
備 考														