

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			
	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○・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○)				
BCG	未接種	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	
		2回目 年 月 日		
		3回目 年 月 日		
		追加 年 月 日		
		(混合類合に接○種)	1回目(三種・四種) 年 月 日	
2回目(三種・四種) 年 月 日				
3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		
		2回目 年 月 日		
		3回目 年 月 日		
		追加 年 月 日		
麻しん・風しん	第1期	未接種	MR(麻しん・風しん混合) 年 月 日	
		麻しん(M) 年 月 日		
	第2期	未接種	MR(麻しん・風しん混合) 年 月 日	
		麻しん(M) 年 月 日		
日本脳炎第1期	未接種	1回目 年 月 日		
		2回目 年 月 日		
		追加 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		
		3回目 年 月 日		
水痘	未接種	1回目 年 月 日		
		2回目 年 月 日		
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			
	肥満傾向			
脊 柱 ・ 胸 郭		歯 数	乳 歯 処置	
皮 膚 疾 患			未処置	
視 力	右 ()	永 久 歯	処置	
	左 ()		未処置	
聴 力	右	その他の歯の疾病及び異常		
	左	口腔の疾病及び異常		
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 勧 告	就学に関し保健上必要な助言	そ の 他	
備 考				