

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。

就学 予 定 者	ふりがな		保 護 者	健康診断 年月日	・	・	
	氏名			ふりがな			
	生年月日	年 月 日 生		氏名			
	現住所	町田市		就学予定者との関係			
				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「食物アレルギーに関する調査」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 * ふう * 聞こえにくい	目は * ふう * 見えにくい
	言葉は * ふう * 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				麻しん(M)	年 月 日
		風しん(R)	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	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
ヒブ (Hib)	未接種	(種 類 合 に 接 種 ○)	風しん(R)	年 月 日		
			追加	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			
		3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			
		追加	年 月 日			
水痘	未接種	1回目	年 月 日			
		2回目	年 月 日			
		追加	年 月 日			
		追加	年 月 日			
B型肝炎	未接種	1回目	年 月 日			
		2回目	年 月 日			
		追加	年 月 日			
		追加	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			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			