

就学時健康診断票

※赤枠内に、事前に保護者の方が記入してください。

(氏名は戸籍どおりに楷書で書いてください。)

就学予定児童	フリガナ	性別
	氏名	男・女
生年月日	年 月 日	
保護者氏名	児童との統柄	
現住所		
電話番号		

該当する項目を○で囲み、必要な場合は()に記入してください。

○今までかかった病気

ぜんそく(歳)熱性けいれん(歳)
腎臓病(歳)(病名:)
心臓病(歳)(病名:)
その他の(歳)(病名:)

アレルギー 有 無 (該当する方に○)

〔主な原因と症状: 食品等具体的に記入してください。〕

その他の病気またはけが

傷病名: (歳)
傷病名: (歳)

特になし

○今までに受けた予防接種

インフルエンザ菌b型(Hib)(回) 小児肺炎球菌(回)

B型肝炎(回) ジフテリア・百目せき・破傷風・ポリオ(回)

BCG(回) 麻しん・風しん(第1期・第2期)(回)

水痘(回) 日本脳炎(回)

おたふくかぜ(回)

経口ロタワクチン(回)

その他()

○お子さまの発達について保健所・療育センター等へ相談したことはありますか。※相談機関を()に記載

はい() ・いいえ

○お子さまのことで学校へ連絡しておきたいこと

※赤枠内のみ、事前に保護者の方が記入してください。

(学校名の欄に、通知書で指定された会場を記入してください。)

学校名	小学校	No.
-----	-----	-----

健康診断年月日		年 月 日			
栄養状態	栄養不良	耳 鼻 咽 喉 患			
	肥満傾向	眼の疾患	及び異常	病常	
脊柱		乳歯	未処置	処置	
胸部		う歯	未処置	処置	
皮膚疾患		歯	永久歯	未処置	
視力	右	その他の歯の疾病及び異常	未処置	処置	
	左				
聴力	右	口腔の疾病及び異常	未処置	処置	
	左				
その他の疾患異常					
担当医師見(内)		(眼)		(耳)	
担当歯科見(サイン)					
事後措置	治療勧告				
	就学に關し 保健上 必要な助言				
	その他				
備考					

就学時健康診断結果のお知らせ

※赤枠内のみ、事前に保護者の方が記入してください。

児童氏名		No.	
------	--	-----	--

保護者の方へ

港区教育委員会

本日の健康診断の受診結果(該当欄に○印)

1 異常ありません。

2 下記のとおり疾病異常があります。

○印の疾病異常について、速やかに専門医の治療・相談を受けてください。

疾病名	
内科	1 心音異常・呼吸音異常
	2 脊柱胸郭異常
	3 皮膚疾患
	4 その他()
眼科	1 結膜炎
	2 麦粒腫(ものもらい)
	3 眼瞼縁炎
	4 さかさまつけ
	5 視力異常の疑い
	6 その他()
耳鼻咽喉科	1 耳垢(みみあか)
	2 中耳炎
	3 鼻炎
	4 副鼻腔炎(ちくのう症)
	5 アデノイド
	6 扁桃肥大
	7 聴力異常の疑い
歯科	8 その他()
	1 むし歯
	2 不正咬合
指導	3 その他()
	1 不良姿勢 (家庭で注意してください。)
	2 肥満傾向
	3 その他()