

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		児童との続柄	
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。

○今までにかかった病気

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(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・百日せき・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		耳鼻咽喉疾患	
	肥満傾向		眼の疾患及び	
脊 柱		歯	乳歯	処置
			未処置	
胸 部			う歯	処置
			永久歯	未処置
皮膚疾患		その他の歯の疾病及び異常		
	視力	右		
	左			
聴力	右			
	左		口腔の疾患及び異常	
その他の疾病異常				
担当医師見所(サイン)		(内)	(眼)	(耳)
担当歯科医師見所(サイン)				
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				

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)

- 異常ありません。
- 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	さかさまつげ	
	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	
	8	その他()	
歯科	1	むし歯	
	2	不正咬合	
	3	その他()	
指導	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()	