

参考1

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

Hib(回)肺炎球菌(回)B型肝炎(回)BCG(回)
4種混合(百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ複合ワクチン)(回)
麻しん風しん混合(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)
3種混合(百日咳、ジフテリア、破傷風)(回)ポリオ(回)
麻しんI期・II期(回)風しんI期・II期(回)
その他()

○今までお子さまの発達について保健所等へ相談したことはありますか。

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	眼の疾病及び異常	
脊 柱	胸 部	皮膚疾患	処置
			未処置
視力	右	歯	処置
	左		未処置
聴力	右	その他の歯の疾病及び異常	永久歯
	左		未処置
その他の疾病異常		口腔の疾病及び異常	
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		
	就学に関し必要な助言		
その他			
備考			

(きりとらないでください)

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	
	2	脊柱胸郭異常	
	3	皮膚疾患	
	4		
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		
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		
歯科	1	むし歯	
	2	不正咬合	
	3		
指導	1	不良姿勢	(家庭で注意してください。)
	2	肥満傾向	
	3		
	4		