

## 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

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 病 及 び 異 常	
脊 柱	胸 部	皮 膚 疾 患	歯
			乳 歯
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	処 置
	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 ( サ イ ン )	(内)	(眼)	(耳)
担 当 歯 科 医 師 所 見 ( サ イ ン )			
事 後 措 置	治 療 勧 告		
	就 学 に 関 し 保 健 上 必 要 な 助 言		
備 考	そ の 他		

↑きりとならないでください↓

## 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)

- 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 ( )