

就 学 時 健 康 診 断 票

					健康診断 年 月 日		
就学予定者	氏 名		性 別	男 女	保 護 者	氏 名	
	生年月日	年 月 日生	年 齡			現 住 所	
	現 住 所					就学予定者 との関係	
主 な 既 往 歴					食物アレルギー の有無	有 ・ 無	
予 防 接 種		インフルエンザ菌b型（H i b） 小児肺炎球菌 B型肝炎 ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ B C G 麻しん・風しん（第1期 第2期） 水痘 日本脳炎					
栄 養 状 態	栄養不良		耳 鼻 咽 頭 疾 患				
	肥満傾向						
脊 柱		皮 膚 疾 患					
胸 郭							
視 力	右	()	歯	う 歯	な し		
	左	()			あ り		
聴 力	右			その他の歯の疾病及び異常			
	左						
目の疾病及び異常			口 腔 の 疾 病 及 び 異 常				
その他の疾患及び異常							
担当医師所見							
担当歯科医師所見							
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							

記入例

就学時健康診断票

太枠内をご記入ください。

				健康診断 年月日	令和4年10月3日		
就学 予定 者	氏名	尼崎 花子	性別	男女	氏名	尼崎 太郎	
	生年月日	平成28年7月1日生	年齢	6	現住所	同左	
	現住所	尼崎市三反田町1丁目1番1号			就学予定者 との関係	父	
主な既往歴			なし		食物アレルギー の有無	有・無	
予防接種		インフルエンザ菌b型(Hib) 小児肺炎球菌 B型肝炎 ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ BCG 麻しん・風しん(第1期 第2期) 水痘 日本脳炎					
栄養 状態	栄養不良			耳鼻咽喉疾患			
	肥満傾向				皮膚疾患		
脊柱				う歯		なし	
胸郭						歯	あり
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						
目の疾病及び異常							
その他の疾患及び異常							
担当医師所見							
担当歯科医師所見							
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							

面 談 カ ー ド

児童について	ふりがな		保 護 者	ふりがな	
	氏 名			氏 名	
	生年月日			児童との関係	父 母
現住所 (Tel)	尼崎市				
	() 携帯電話 ()				
保育所(園) 幼稚園					
転居予定(来年4月まで)は、 ない ・ ある	いつごろ		国私立小学校 への入学予定	なし	
	どこへ			ある	

※保護者の方は上枠の中のみを全てご記入ください。

	質 問 事 項	チェック
保 護 者 に	① 朝、一人で起きられますか。	
	② 歯みがき、顔洗いは、自分でできますか。	
	③ 一人で最後まで食事ができますか。	
	④ 一人で服を脱いだり着たりできますか。	
	⑤ 自分で大便の始末ができますか。	
	⑥ 幼稚園や保育所に喜んで行っていますか。	
	⑦ 氏名印を作りますが、この名前がいいですか。	
	⑧ 食物アレルギーはありますか。	有・無
	⑨ 学校の方に伝えておきたいことはありませんか。	

<特記事項>

面接担当 () 保管する→提出