

# 就学時調査票

尼崎市立清和小学校

番号	新 1 年 生 氏 名	性別	保 護 者 氏 名
	ふりがな	男 ・ 女	ふりがな
	氏名		氏名
生 年 月 日		電 話 番 号	
平成	年	月	日
		☎	
現 住 所			
尼崎市長洲 通 丁目 番			
※マンション名等もご記入ください。			
※現在通っている幼稚園または保育所名			
【		】 幼 稚 園	
【		】 保 育 所・保 育 園	
※本校に在籍している兄弟関係児童名		兄または姉に○印を入れてください。	
兄・姉	【児童氏名	】	年 組
兄・姉	【児童氏名	】	年 組
兄・姉	【児童氏名	】	年 組
※転居について			
①令和6年4月8日までに転居の予定がありますか。 ( ある ・ なし )			
転居予定がある場合は、ご予定と転居先をご記入ください。			
令和	年	月頃予定	転居先【 市内 ・ 市外( ) 】
②私学入学の予定がありますか。 ( ある ・ なし )			

☆以下、お子様の健康面をできるだけ詳しくお書きの上、受付に提出してください。

## 健康面について

ア これまでに大きな病気をしたことが ( ある ・ ない )

例) 原因不明の発熱・ひきつけ・けいれん・てんかん など

(病名)

イ 身体のことでは気がかりなことが ( ある ・ ない )

( 心臓 ・ 腎臓 ・ ぜんそく ・ 弱視 ・ 難聴 等 )

あれば○をつけてください。

(詳細・その他)

ウ 運動制限が ( ある ・ ない )

(アレルギー源)

エ 食物アレルギーが ( ある ・ ない )

(ある)と答えた方→エピペンが ( ある ・ ない )

# 就学時調査票（記入例）

お子様の名前

赤太線の中のみ、ご記入ください。

保護者様氏名

番号	新 1 年 生 氏 名	保 護 者 氏 名
7	あまがさき じろう	あまがさき たろう
	氏名 尼崎 二郎	氏名 尼崎 太郎
	生 年 月 日	電 話 番 号
	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	☎ 6488-0000
ファイル番号	現 住 所	
	尼崎市長洲 ○ 通 ○ 丁目 ○ 番 アマガサキ～○号	
	※マンション名等もご記入ください。	
	※現在通っている幼稚園または保育所名	
	【 尼崎市立 ○ ○ ○ ○ 】 幼 稚 園	
	【 ○ ○ ○ ○ 】 保 育 所・保 育 園	
	※本校に在籍している兄弟関係児童名 兄または姉に○印を入れてください。	
	兄・姉 【児童氏名 尼崎 一郎】	4年 1組
	兄・姉 【児童氏名 尼崎 花子】	3年 2組
	兄・姉 【児童氏名	年 組
	※転居について	
	①令和○年○月○日までに転居の予定がありますか。（ある）	
	転居予定がある場合は、ご予定と転居先をご記入ください。	
	令和○年○月頃予定 転居先【 市内 ・ 市外（○○市）】	
	②私学入学の予定がありますか。（ある ・ なし）	

「ある」とお答えの方は、必ずご記入ください。

☆以下、お子様の健康面・生活面をできるだけ詳しくお書きの上、受付に提出してください。

## 健康面について

- ア これまでに大きな病気をしたことが **（ある）**・ない） （病名）  
1歳の時に熱性けいれん
- イ 身体のことで気がかりなことが **（ある）**・ない） あれば○をつけてください。  
**（ 心臓 ・ 腎臓 ・ ぜんそく ・ 弱視 ・ 難聴 等 ）**
- （詳細・その他）  
冬場、長い距離を走った後や体力が低下したときに  
発症しやすい。吸入器をもたせている。
- ウ 運動制限が **（ある）**・ない） （アレルギー源）  
小麦・たまご
- エ 食物アレルギーが **（ある）**・ない）  
（ある）と答えた方 エピペンが **（ある）**・ない）

「ある」とお答えの方は、必ずご記入ください。

# 就学時健康診断票

						健康診断 年月日	令和5年10月19日
就学 予定 者	氏名			性別	男女	氏名	
	生年月日	年	月	日生	年齢	現住所	
	現住所	尼崎市長洲 通 丁目 番				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	(      )		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

保護者様氏名

お子様の名前

赤太線の中のみ、ご記入ください。

健康診断  
年月日

令和5年1月19日

就学 予定 者	氏名	尼崎 二郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	保 護 者	氏名	尼崎 太郎	
	生年月日	平成〇年〇月〇日生		年齢			現住所	同 左	
	現住所	尼崎市長洲〇通〇丁目〇番地の〇 アマガサキ〜〇号					就学予定者 との関係	父	
主 既往 歴	例) なし, 喘息, 心臓疾患 等				食物アレルギー の有無		<input checked="" type="radio"/> 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		BCG						
	麻しん・風しん (第1期 第2期)		水痘		日本脳炎				
脊 柱									
胸									
視 力									
聴 力	右			その					
	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									

母子手帳を  
ご確認ください。

接種されているものを○で囲んでください。

## 【麻しん (はしか) ・ 風しん】

第1期 (1才以上2才未満)

第2期 (5才以上7才未満で小学校入学前年度の1年間)

※4月1日~翌3月31日までの幼稚園年長相当の1年間