

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 齢			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3年10月1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27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				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				歯		なし
胸郭					う歯	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						

就学時調査

ふりがな		性別	男 ・ 女
児童名		生年月日	平成 年 月 日
現住所	尼崎市 電話 06- - 携帯電話 - -		
現在通っている 幼稚園・ 保育所名	幼稚園 保育所	在校生 の有無	有 → 年 無
在園期間（予定）	年 月～令和4年 月		
ふりがな		児童との 関係	<例> 父、母
保護者名			
転居の 有無	お子様が入学（令和4年4月）されるまでに転居の予定が ・ない ・ある・・・いつ（令和 年 月 日） どこへ（ ）		
1	一人で服の着脱ができますか。	はい	いいえ
2	アレルギー等、食事に気をつけることは特にはないですか。	はい	いいえ
3	排便は一人でできますか。	はい	いいえ
4	ひきつけを起こすことはないですか。	はい	いいえ
5	集団生活で特に気をつけることはないですか。	はい	いいえ
6	その他、伝えておきたいことがあれば、こちらにお書きください。		

食物アレルギーに関する調査票

記入日 令和3年 10月 21日

ふりがな
名前

生年月日 平成 年 月 日

保護者名

- 1 食物アレルギーがありますか。
ない ある → 2～14 の質問へ
- 2 最初に症状がでた時期はいつですか。年齢（ 歳 ヶ月頃）
 そのときの原因食品はなんですか。（ ）
- 3 最近、症状がでた時期はいつですか。年齢（ 歳 ヶ月頃）
 そのときの原因食品はなんですか。（ ）
- 4 現在、除去している食べ物がありますか。
ない ある（食べ物名： ）
- 5 4で“ある”場合、除去の判断をしたのはだれですか。
医師 保護者 その他（ ）
- 6 過去に除去していたが、現在は食べられるようになった食べ物はありますか。
ない ある（食べ物名： ）
- 7 アナフィラキシーの症状はありますか。
ない ある（回数： 回 最終発症年月： 年 月）
 そのときの原因食品はなんですか。（ ）
- 8 エピペンを処方されていますか。
いいえ →11へ はい
- 9 エピペンを使用したことはありますか。
いいえ →11へ はい（使用した回数： 回）
- 10 最後にエピペンを使用したのはいつですか。
 （最終使用日： 年 月）
- 11 原因食品摂取後にでる症状について記入してください。

食 品 名	症 状
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある（症状： ）
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある（症状： ）
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある（症状： ）

- 12 運動後に症状がでたことはありますか。
ない ある（食事との関連あり 食事との関連なし 不明）
- 13 現在、食物アレルギーの治療のために使用している薬はありますか。
ない
ある →下の項目について記入してください。
 薬品名
 内服薬（ ）吸入薬（ ）外用薬（ ）
 注射薬（ ）その他（ ）
- 14 学校給食において食物アレルギーによる個別対応を希望しますか。
いいえ →給食を食べる
はい