就学時健康診断等調査票

＊ はっきり、よくわかるように記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  ふりがな |  | 性別 |  生 年 月 日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 入学児童名 |  | 男女 | Ｈ 　 年 　月 　日 |
|  ふりがな | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 続 柄 |
| 保護者氏名 |  | 例 父 (長男)　 　　　　 ( ) |
| 住 所　　　　　 | 尼崎市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡（ 　　 　　　　　　 ）携帯（　　　　　　　　　　　　） |
| 在園中の　幼稚園名保育所・園名を、お書きください | （ 　　 ）幼稚園　　　　　　　　　　　　　　（ 　　 ）保育所・保育園　　　　　　　　　　在園期間（Ｈ・R　　年　　月　～　Ｒ　　年　　月　卒業見込み）どちらにも該当しない場合は、下の（ ）内に具体的にお書き下さい。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 　　 ） |
| 在学中の兄弟姉妹関係 | 年 　　組　（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　年 　　組　（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　年 　　組　（　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 同学年の親戚関係 | 氏名（　　　　　　　　　　　　　　　）　　（　　　　　　　　　　　　　　　） |

＊健康状態、生活習慣等につき、おたずねします。正確に、くわしくお書き下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| １．心臓疾患、喘息や運動を制限されているけがや病気、アレルギー疾患がある場合、下の（ ）の中にお書き下さい。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　現在 （ ）　　  　　過去に　（ ）　アレルギー関係 （ ） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ２．食事、排せつ、衣服を着る、脱ぐなどが、大人の世話にならずにできますか。（◯で囲みます）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ア できる イ できない ウ できる事とできない事がある　　　 |
| ３．来年の４月までに転居の予定がありますか。（◯で囲みます）　　　　 ア 無 イ 有（ 月 日頃 方面へ）　　　　　　　　 |
| ４．保育上で、特にお困りの事や、ご相談されたい事があれば、お書き下さい。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　　＊連絡の必要上、携帯電話の電話番号もお書きください。

**就学時健康診断票**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 健康診断年月日 | 令和３年１０月８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 | 尼崎市 |
| 現住所 | 尼崎市 | 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 | ポリオ　　ＢＣＧ　　３種混合（百日咳、ジフテリア、破傷風）　　日本脳炎麻疹 Ⅰ期・Ⅱ期　　風疹 Ⅰ期・Ⅱ期　　ＭＲ（麻疹風疹混合ワクチン）（Ⅰ期・Ⅱ期）Ｈｉｂ　　　肺炎球菌　　　水痘 |
| 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 |  | 歯 | う歯数 | 乳歯 | 処置 |  |
| 視力 | 右 | （　　　　　） | 未処置 |  |
| 左 | （　　　　　） | 永久歯 | 処置 |  |
| 聴力 | 右 |  | 未処置 |  |
| 左 |  | その他の歯の疾病及び異常 |  |
| 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 |  |

尼崎市教育委員会