

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 Tel () 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								
背 柱					皮 膚 疾 患				
胸 郭					歯 数	う 乳 歯 永 久 歯	処 置		
視 力	右	()		歯 数			う 乳 歯 永 久 歯	未処置	
	左	()						処 置	
聴 力	右			歯 数			う 乳 歯 永 久 歯	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									