

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	性	保 護 者 氏 名
	ふりがな あまがさき じろう	男	ふりがな あまがさき たろう
	氏名 尼崎 二郎	・ 女	氏名 尼崎 太郎
	生 年 月 日		電 話 番 号
	平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		☎ 6488-0000
現 住 所			
尼崎市長洲 ○ 通 ○ 丁目 ○ 番 アマガサキ～○号			
等もご記入ください。			
※ファイル番号は空欄			
る幼稚園または保育所名			
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。			
☉・姉 【児童氏名 尼崎 一郎】 4年 1組			
兄・☉ 【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）			

☆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）** (病名) 1歳の時に熱性けいれん
例) 原因不明の発熱・ひきつけ・けいれん・てんかん など
- イ 身体のことでは気がかりなことが **（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）**
- エ 食物アレルギーが **（ある・ない）** (アレルギー源) 小麦・たまご
(ある)と答えた方 エピペンが **（ある・ない）** そば・えび・かに

「ある」とお答えの方は、必ずご記入ください。

「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6年10月17日		
就学予定者	ふりがな				保 護 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 ^{きん がた} 菌b型 (H i b) 小児肺炎球菌 ^{しょうにはいえんきゅうきん} B型肝炎 ^{がたかんえん} ジフテリア ^{ひやくにち} ・百日せき ^{はしゅうふう} ・破傷風 ^{はしょうふう} ・ポリオ BCG 麻疹 ^{ましん} ・風しん ^{ふうしん} (第1期 第2期) 水痘 ^{すいとう} 日本脳炎 ^{にほんのうえん}						
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							
眼の疾病及び異常					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6年1月17日

就学 予定者	ふりがな	あまがさき じろう		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	保 護 者	氏名	尼崎 太郎	
	氏名	尼崎 二郎					現住所	同左	
	生年月日	平成・令和 ○年○月○日生	年齢				就学予定者 との関係	父	
	現住所	尼崎市長洲○通○丁目○番地の○ アマガサキ～○号					食物アレルギー の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	
主 既往 歴	例) なし, 喘息, 心臓疾患 等								
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						
	麻疹・風しん (第1期 第2期)		水痘		日本脳炎				

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。

【麻疹 (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

脊 柱		皮 膚 疾 患	
胸			
視 力			
聴 力	右		
	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			