

就学時健康診断 家庭連絡・問診票

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5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)

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)

就学時健康診断 家庭連絡・問診票（記入例）

お子様の名前

保護者様氏名

番号	新 1 年 生 氏 名	性別	保 護 者 氏 名
7	ふりがな あまがさき じろう	男 ・ 女	ふりがな 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・ない）			
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・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）
 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）
 （ある）と答えた方 エピペンが（ある・ない）

（病名）
1歳の時に熱性けいれん

（アレルギー源）
小麦・たまご

「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 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	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	()		歯	う 歯	な し	
	左	()				あ り	
聴 力	右			歯	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)

赤太線の中のみ、ご記入ください。

就学時健康診断票

お子様の名前

保護者様氏名

健康診断
年 月 日

令和3年10月27日

就学 予定 者	氏 名	尼崎 二郎		性 別	男	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	有 ・ 無		
予 防 接 種	インフルエンザ菌b型 (Hib) ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ 麻しん・風しん (第1期 第2期)					小児肺炎球菌 BCG 水痘 日本脳炎	B型肝炎		
栄養不良									
皮膚疾患									
胸									
視									
聴									
左						その他の箇の疾病及び異常			
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									

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