

就 学 時 健 康 診 断 票

						健康診断 年 月 日	令和 8 年 10 月 13 日	
就 学 予 定 者	ふりがな		性 別	男 女	保 護 者	氏 名		
	氏 名					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 ^{きん がた} 菌 b 型 (H i b) 小児肺炎球 ^{しょうにはいえんきゅうきん} 菌 B ^{がたかんえん} 型肝炎 ジフテリア・百日 ^{ひやくにち} せき・破傷 ^{はしょうふう} 風・ポリオ B C G 麻 ^ま しん・風 ^{ふう} しん (第 1 期 第 2 期) 水痘 ^{すいとう} 日本 ^{にほんのうえん} 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							
眼 ^め の疾病及び異常				口 ^く 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								

ふりがな

児童名 保護者様

尼崎市立園和北小学校

校長 平岩 健太郎

就学時健康診断結果のお知らせ

本日の就学時健康診断の結果は、下記の○印のとおりでしたので、お知らせします。これらの疾病や異常の疑いには、お子様の発育や学習に影響するものもありますので、専門医に受診のうえ、治療を受けられるようおすすめいたします。

疾病や異常の疑いがある場合はその該当項目に、ない場合は異常なしのところに印がついています。

4月には元気に入學ができるようご準備くださいますようお願いいたします。

眼科検診	結膜炎 眼瞼炎 斜視・斜位の疑い その他（ ）	麦粒腫・さん粒腫 睫毛内反症 異常なし
耳鼻科検診	耳垢 鼻の病気 その他（ ）	耳の病気 扁桃肥大 異常なし
歯科検診	むし歯 その他（ ）	異常なし
内科検診	栄養要注意 湿疹・皮膚炎等 その他（ ）	異常なし

就学時健康診断 事前調査

就学時健康診断 事前調査

ふりがな 児童名			性別	男 ・ 女
現住所	尼崎市	生年月日	平成・令和 月 日	年 日
フリガナ 保護者		電話番号	自宅 携帯	
園和北小学校に、現在、 入学児童の兄・姉が在学していますか。		兄・姉 ()年()組 兄・姉 ()年()組		
現在、通っている幼稚園、保育所等 があればその名前を書いて下さい。				

◎ お手数ですが、下記事項の該当欄に○をつけて下さい。

(わからないところは、係の者におたずね下さい。)

1. 出生時の様子 について	出産の時、異常はありませんでしたか。 (黄だん、仮死など)	ない	ある ()
	脳性マヒにかかったことはありませんか。	ない	ある
2. 既往症 について	乳幼児のころ、原因不明の熱が続いたことは ありませんか。	ない	ある
	ひきつけを起こしたことはありませんか。 ある方は何才頃ですか。 現在も薬を服用していますか。	ない	ある () 才頃 はいいいえ
	公害病に認定されていますか。	いいえ	いる
	その他、大きな病気をしていませんか。 (心臓病、じん臓病 等)	していない	した ()
3. 身の回りの 始末について	服をひとりで着ることができますか。	はい	いいえ
	大小便はひとりでできますか。	はい	いいえ
4. 近所の子や友達とよく遊びますか。		はい	いいえ
5. 来年4月以降、転出の予定はありませんか。 ★ [ある]と答えた方は、転出先を記入して下さい。 ()		ない	ある
備考欄 特記事項があれば記入ください			