

記入例

就 学 時 健 康 診 断 票

(4月から学校に入る子について)

☐ 太枠内を書いてください

		健康診断 年 月 日		令和 年 月 日	
就学 予定 者	ふりがな	あまがさき はなこ		性別	男 ☒ 女 ☐
	氏 名	尼崎 花子			
	生年月日	平成1年 1月 1日生			
	現住所	尼崎市三反田町1丁目1番1号		年齢	6
	保 護 者				
	現住所	尼崎市三反田町1丁目1番1号			
主な既往歴		なし		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		BCG		
	麻疹・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	()		う 歯	な し
	左	()			あ り
聴 力	右			歯	その他の歯の疾病及び異常
	左				
め 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					

※児童氏名（ふりがな）をご記入ください。

ふりがな

児童名

保護者様

令和 年 月 日

記入例

尼崎市立園和北小学校

校長

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。

※こちらは記入しないでください。↓

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

※赤枠内を全て
ご記入ください。

記入例

令和 年度 入学児童

就学時健康診断 事前調査

尼崎市立園和北小学校

ふりがな 児童名	あまがさき はなこ 尼崎 花子	性別	☒ 男・女
現住所	尼崎市 田能1丁目7-1	生年月日	平成・令和 1 年 1 月 1 日
ふりがな 保護者	あまがさき たろう 尼崎 太郎	電話番号	自宅 携帯 080-0000-0000
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 (6) 年 (1) 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。		☐ ☐ 保育園	

◎ 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。	いない	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 (転出先がなかったら記入してください)