

就学時健康診断票

(太わくのみご記入ください。)

No.							
就学予定校名				健康診断日		令和 年 月 日	
就学予定者	ふりがな	-----		性別	男・女	ふりがな	-----
	名前					名前	
	生年月日	平成・令和	年 月 日	年齢	歳	で電話	—
	現住所	マンション名 ()				本人との関係	

幼稚園・保育所園・認定こども園等施設名 (市) ・ その他 ()

1	心雑音や心臓に異常があるといわれたことはありますか。 「ある」場合・・・病名 ()	ある	ない
2	つぎのような病気にかかったことがありますか。 ①結核 (歳) ②腎臓病 (歳) ③喘息 (歳～) ④溶連菌感染症 (歳) ⑤川崎病 (歳) ⑥リウマチ性の病気 (歳) ⑦けいれん (ひきつけ) [発熱のとき【 歳】・その他【 歳】] ⑧おたふくかぜ (歳) ⑨その他 ()	ある	ない
3	今までに薬や注射で異常はありましたか。 「ある」場合・・・薬品・注射名を詳しく ()	ある	ない
4	3以外のアレルギーはありますか。 「ある」場合・・・病名・原因 ()	ある	ない
5	食物アレルギーを起こしたことがありますか。 「ある」場合・・・ ①年齢 (歳) ②原因食物は何ですか () ③食物アレルギーを起こした時の症状 () ④現在除去中の食物 () ⑤アナフィラキシーショックの経験 (ある【 歳】 ・ ない)	ある	ない
6	過去3年以内に通算して半年以上、外国に住んでいたことがありますか。 「ある」場合・・・ ①どこの国ですか。 () ②期間はいつからいつまでですか。 (年 月～ 年 月) ③来日または帰国の際、胸部レントゲン撮影など、結核の検診を受けましたか。 受けていない ・ 受けた ⇒ 診断結果 ()	ある	ない

○ 学校生活を送るのに健康上知らせておきたいことがあれば、具体的に記入してください。(運動制限等)

校医所見	<input type="radio"/> 特記事項なし <input type="radio"/>
------	---

*裏面で予防接種歴を確認します。

接種済み または 該当するものに をつけてください。

※ 四種混合、五種混合、麻しん・風しん混合(MR)、日本脳炎について、未接種のものがある場合、なるべく早く接種してください。特にMRワクチンは年長を過ぎると任意接種(有料)となります。

※当日は、母子健康手帳を持参してください。

ワクチンの種類	接種状況
インフルエンザ菌b型(Hib)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 受けていない]
小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 受けていない]
四種混合・五種混合 四種混合:ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ 五種混合:ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・インフルエンザ菌b型(Hib)	<input type="checkbox"/> 第1期初回1回目 <input type="checkbox"/> 第1期初回2回目 <input type="checkbox"/> 第1期初回3回目 <input type="checkbox"/> 第1期追加 <input type="checkbox"/> 受けていない]
BCG	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない]  (理由):
麻しん・風しん混合(MR)	<input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期 <input type="checkbox"/> 病気になった <input type="checkbox"/> 受けていない]
水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 病気になった]
日本脳炎	<input type="checkbox"/> 第1期初回1回目 <input type="checkbox"/> 第1期初回2回目 <input type="checkbox"/> 第1期追加 <input type="checkbox"/> 受けていない]
B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 受けていない]