

就学時健康診断票

(ふと きにゆう
太わくのみご記入ください。)

No.				健康診断日	令和	年	月	日			
就学予定校名											
就学予定者	ふりがな	-----			性別	おとこ・おんな			ふりがな	-----	
	名前				年齢	さい			名前		
	生年月日	平成	年	月	日	年齢	さい			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。 うけていない ・ うけた ⇒ 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	○ 特記事項なし ○										

*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、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 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 (ジフテリア・百日せき 破傷風・ポリオ)	<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]