

# 就学時健康診断票

下記太線枠内のみ記入してください。

健康診断年月日

令和 年 月 日

|                                                                                                               |          |                                          |                                    |                                    |             |               |                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------|---------------|-----------------------------------|--|
| 就学<br>予定<br>者                                                                                                 | 氏名       |                                          | 性別                                 | 男 / 女                              | 保<br>護<br>者 | 氏名            |                                   |  |
|                                                                                                               | 生年月日     |                                          | 年齢                                 |                                    |             | 就学予定者<br>との関係 |                                   |  |
|                                                                                                               | 現在の住所    |                                          |                                    |                                    |             | 現在の<br>住所     | <input type="checkbox"/> 就学予定者と同じ |  |
| 主な既往歴                                                                                                         |          |                                          |                                    |                                    |             |               |                                   |  |
| 予防接種歴                                                                                                         |          | ※ 接種済のものには”済”に○を、未接種の場合は”未”に○を記入してください。  |                                    |                                    |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               |          | インフルエンザ菌b型(Hib)                          | 1回目(済・未) 2回目(済・未) 3回目(済・未) 追加(済・未) |                                    |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               |          | ※五種混合を接種されている場合はインフルエンザb型(Hib)の欄は記入不要です。 |                                    |                                    |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               |          | 小児用肺炎球菌                                  | 1回目(済・未) 2回目(済・未) 3回目(済・未) 追加(済・未) |                                    |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               |          | B型肝炎                                     | 1回目(済・未) 2回目(済・未) 3回目(済・未)         |                                    |             |               |                                   |  |
| ※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))、四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)又は、三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)欄には、該当する方に○をつけてください。 |          | ( )五種混合 1期                               | 1回目(済・未) 2回目(済・未) 3回目(済・未) 追加(済・未) |                                    |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               |          | ( )四種混合 1期                               |                                    |                                    |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               |          | ( )三種混合 1期                               |                                    |                                    |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               |          | ポリオ(生ワクチン)                               |                                    | 1回目(済・未) 2回目(済・未)                  |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               |          | ポリオ(不活化ワクチン)                             |                                    | 1回目(済・未) 2回目(済・未) 3回目(済・未) 追加(済・未) |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               |          | ※五種混合、四種混合を接種されている場合はポリオの欄は記入不要です。       |                                    |                                    |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               |          | BCG                                      |                                    | (済・未)                              |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               |          | 麻しん風しん混合(MR)                             |                                    | 第1期(済・未) 第2期(済・未)                  |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               |          | 麻しん                                      |                                    | (済・未)                              |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               |          | 風しん                                      |                                    | (済・未)                              |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               |          | ※MR接種済みの場合は不要                            |                                    |                                    |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               |          | 水痘                                       | 1回目(済・未) 2回目(済・未)                  |                                    |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               |          | 日本脳炎(1期)                                 | 1回目(済・未) 2回目(済・未) 追加(済・未)          |                                    |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               |          | おたふくかぜ                                   | 1回目(済・未) 2回目(済・未)                  |                                    |             |               |                                   |  |
| 栄養状態                                                                                                          | 栄養不良     |                                          |                                    | 耳鼻咽喉頭疾患                            |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               | 肥満傾向     |                                          |                                    |                                    |             |               |                                   |  |
| 脊柱                                                                                                            |          |                                          |                                    | 皮膚疾患                               |             |               |                                   |  |
| 胸郭                                                                                                            |          |                                          |                                    | 歯<br><br>う<br>歯<br>数               | 乳歯          | 処置            |                                   |  |
| 視力                                                                                                            | 右        | ( )                                      |                                    |                                    |             | 未処置           |                                   |  |
|                                                                                                               | 左        | ( )                                      |                                    |                                    | 永久歯         | 処置            |                                   |  |
| 聴力                                                                                                            | 右        |                                          |                                    |                                    |             | 未処置           |                                   |  |
|                                                                                                               | 左        |                                          |                                    |                                    | その他の歯の疾病等   |               |                                   |  |
| 眼の疾病等                                                                                                         |          |                                          |                                    |                                    | 口腔の疾病等      |               |                                   |  |
| その他の疾病等                                                                                                       |          |                                          |                                    |                                    |             |               |                                   |  |
| 担当医師所見                                                                                                        |          |                                          |                                    |                                    |             |               |                                   |  |
| 担当歯科医所見                                                                                                       |          |                                          |                                    |                                    |             |               |                                   |  |
| 事後<br>措<br>置                                                                                                  | 治療勧告     |                                          |                                    |                                    |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               | 保健上必要な助言 |                                          |                                    |                                    |             |               |                                   |  |
|                                                                                                               | その他      |                                          |                                    |                                    |             |               |                                   |  |
| 備考                                                                                                            |          |                                          |                                    |                                    |             |               |                                   |  |