

# 就 学 時 健 康 診 断 票

健康診断年月日	令和 3 年 月 日
保育園・幼稚園名	保育園・幼稚園

※ 太線の中を記入してください。(裏面も同様)

就学 予定者	ふりがな		保 護 者	氏名		
	氏名	性別 男・女		氏名	(自宅)	
	生年月日	平成 年 月 日 年齢 歳		電話番号	(昼間の連絡先)	
	現住所	鳥栖市		就学予定者との関係		
主 な 既往症	なし 心臓病(病名 ) 腎臓病(病名 ) ぜん息(いつも使っている薬 ) その他(病名 )					
食物アレルギーの有無	なし あり (アレルギー原因食品の内容 )					
施設による療育の有無(※)	なし あり (機関名 )					
予防接種  <small>(該当するものに○をつけて下さい。複数回接種があるものは、接種回数に○をつけてください。)</small>  <small>(例)3回接種済みの場合、接種済み ①1回目 ②2回目 ③3回目</small>	BCG	・接種済み ・未接種 ・不明				
	B型肝炎	・接種済み (1回目・2回目・3回目) ・未接種 ・不明				
	4種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風混合・ポリオ)	・接種済み (第1期:(1回目・2回目・3回目)・第1期追加) ・未接種 ・不明				
	麻しん・風しん	・接種済み(第1期・第2期) ・未接種 ・不明 ・はしかにかかった ・風疹にかかった				
	日本脳炎	・接種済み(第1期:(1回目・2回目)・第1期追加) ・未接種 ・不明				
	ヒブ(Hibインフルエンザ菌b型)	・接種済み (初回接種:(1回目・2回目・3回目)・追加接種) ・未接種 ・不明				
	小児肺炎球菌	・接種済み (初回接種:(1回目・2回目・3回目)・追加接種) ・未接種 ・不明				
水痘	・接種済み (1回目・2回目) ・未接種 ・不明					
栄養状態	栄養不良 肥満傾向					
脊 柱			耳鼻咽喉頭疾患			
胸 郭			皮 膚 疾 患			
視 力	右		歯	う乳歯	処 置 未処置	
	左			永久歯	処 置 未処置	
聴 力	右			その他の歯疾患		
	左					
眼の疾病及び異常		口腔の疾病及び異常				
その他の疾病及び異常						
担当医師 所 見	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり				担当医師名	
担当歯科医師 所 見	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり				担当歯科医師名	
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						

※障がいのあるお子さまやその可能性のあるお子さまに対して、自立した生活を送れるよう、個々の発達の状態や特性に応じて支援を受けているかの有無

鳥 栖 市 教 育 委 員 会

【就学時健康診断票 裏面】

1

就学予定者氏名	
---------	--

2		9	
3			
4			
5			
6			
(7)			
(8)			