

就 学 時 健 康 診 断 票

※太線の枠内を記入してください。
(裏面の就学予定者の氏名も記入してください。)

健康診断 年月日					令和 7 年 月 日					
保育園・幼稚園名					保育園／幼稚園					
就学 予定者	ふりがな				性 別					
	氏 名				男 ・ 女					
	生年月日	平成 令和	年	月 日	年齢	歳				
	現 住 所	鳥栖市				保 護 者	氏 名			
					電話番号					
					昼間に連絡がつく電話番号		()			
					就学予定者との関係					
主な既往歴		・なし	・心臓病 (病名:)			・腎臓病 (病名:)				
			・ぜん息 (病名:)			・その他 (病名:)				
食物によるアレルギー		・なし	・あり (アレルギー原因食品の内容:)							
❖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										
施設による療育の有無		・なし	・あり (機関名:)							
(該当するものに○を付けてください。)	予防接種		・インフルエンザ菌b型(Hib) ・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 ・麻しん/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					歯	う 歯 数	乳 歯	処 置		
								未処置		
視 力	右						永 久 歯	処 置		
	左							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										
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										

鳥 栖 市 教 育 委 員 会

就学予定者:氏名	
----------	--

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