

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 8 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	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

【就学時健康診断票 裏面】

就学予定者:氏名	
----------	--

2		7	
3			
4			
5			
6			