

※本票は、事前に保護者記入欄（太枠内）を記入のうえ、診断日当日に持参してください。

受付番号

第1号様式（各欄の記入は、学校保健安全法施行規則で定める様式の注意事項を参照する。）

就学時健康診断票

健康診断年月日

■保護者記入欄

就学予定者	ふりがな 名前	性別 男・女	保護者	ふりがな 名前					
	生年月日 年 月 日生 歳	年齢		就学予定者との関係 ()					
	現住所			現住所					
	電話 ()			電話 ()					
	(現在通園中の場合) 通園先の園名 ※任意記入 幼稚園 保育園 (どちらかに○する)		兄弟等	(入学予定先の学校に、就学予定者の兄弟姉妹が在籍している場合) 兄弟等の名前・学年 ※任意記入 名前 学年 年生					
入学予定先	現時点での予定先で構いません。 ※任意記入			小学校					
主な既往症									
かかったことがある感染症 (該当に○する)	ましん (はしか)	ふうしん (三日はしか)	すいとう 水痘 (みずぼうそう)	りゅうこうせいしかせんえん 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)					
予防接種	(未または済に○をつける)	4種混合 (破傷風・ジフテリア・百日咳・ポリオ)	1期	初回1回目	未・済	麻しん風しん (混合)	1期	未・済	
				初回2回目	未・済		2期	未・済	
				初回3回目	未・済		日本脳炎 (1期)	初回1回目	未・済
				追加	未・済			初回2回目	未・済
							追加	未・済	
(済んでいるものに○をつける)	ポリオ	BCG	3種混合 (破傷風・ジフテリア・百日咳)		Hib	肺炎球菌	水痘	B型肝炎	

■健康診断結果記入欄

視力	右	()	聴力	右		
	左	()		左		
眼の疾病及び異常			耳鼻咽喉頭疾患			
栄養状態	栄養不良		歯	乳歯	処置	
	肥満傾向				未処置	
せき 脊 柱				永久歯	処置	
胸 郭					未処置	
皮膚疾患			その他の歯疾		CO 要注意乳歯 () 不正咬合	
その他の疾患及び異常			口腔の疾病及び異常		歯肉炎	
担当医師所見						
担当歯科医師所見			う蝕多発傾向者			
事後措置	治療勧告					
	健康相談上必要な助言					
	その他					
備考						