

※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	性別	ふりがな					
	名 前	男・女	名 前					
	生年月日 年 月 日生	年齢 歳	就学予定者との関係（ ）					
	現住所		現住所※ （※ 就学予定者欄に記載している現住所・電話番号と異なる場合御記入ください。）					
	電話（ ）		電話※（ ）					
	（現在通園中の場合）通園先の園名 ※任意記入		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				
	園			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） ふう風しん（三日はしか） すいとう水痘（みずぼうそう） りゅうこうせいじ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	ましん風しん （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
		（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 数	う 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				く 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 勸 告					
	健 康 相 談 上 言 必 要 な 助 言					
	そ の 他					
備 考						