

# 就 学 時 健 康 診 断 票

※太枠内を記入してください

	受付番号		健診受診日	令和	年	月	日
就学予定者	ふりがな		性別	生年月日		年齢	現在
	氏名		男・女	平成		歳	幼稚園 こども園 保育園(所)
	現住所	伊丹市		年 月 日		歳	
				電話		-	
保護者	ふりがな		就学予定者との関係		現住所		
	氏名		例)父、母		電話		
医療的ケア実施の有無について (あてはまる番号に○印を記入してください)		1. 有    2. 無		有の場合、学校で必要な実施内容及び時間帯を記入してください。(例)導尿・給食前、(例)インスリン注射・12時半頃			
予防接種 今までに受けた 予防接種に○印を 記入してください。	1. インフルエンザ菌b型(Hib)		5. BCG		7. 水痘(みずぼうそう)		
	2. 小児肺炎球菌		6. 麻しん風しん(MR) 【1期・2期】		8. 日本脳炎 【1期・1期追加】		
	3. B型肝炎		4. ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ(4種混合) 【1期初回・1期追加】		9. おたふくかぜ		
					※ 9.おたふくかぜの予防接種は任意接種です。		
<b>【 問 診 票 】</b>							
1	お子さまについて、今までに医師から下記の病気の診断または治療を受けたことがありますか。 ある人は、あてはまる番号に○印と( )内に年齢を記入してください。						
	1. 結核 (      歳)	4. 心雑音 (      歳)	7. けいれん (      歳)				
	2. ぜんそく (      歳)	5. 腎臓疾患 (      歳)	8. その他の病気 (      歳)				
	3. 心臓疾患 (      歳)	6. リウマチ (      歳)	(      )				
2	上記の診断または治療を受けたことがあるお子さまについて、現在の状況にあてはまる番号に○印を記入してください。						
	1. 治療を受け、現在は治っている。						
	2. 現在、治療中である。 (使用している薬:      )						
	3. その他 (      )						
3	お子さまの現在の状態について、あてはまる番号に○印を記入してください。						
全 身	1. 特に異常なし		4. じんましんが出来やすい		6. 偏食がある		8. 少しの運動で息切れしやすい
	2. めまいをおこしやすい		5. 下痢や便秘をおこしやすい		7. 熟睡できない		9. その他 (      )
	3. よく頭痛になる						
目	1. 特に異常なし		4. 目がやにがでる		6. その他		
	2. 目がかゆくなる		5. 目を近づけて物を見る (      )				
	3. 目が痛い						
耳・鼻	1. 特に異常なし		4. よく鼻水が出る		6. 鼻血が出やすい		8. その他
	2. 耳の聞こえが悪い(右・左)		5. よく鼻がつまる		7. いびきをかく (      )		
	3. 耳だれが出る						
口	1. 特に異常なし		4. 口臭がする(腐敗臭)		6. 歯ぐきがよくはれる		
	2. 口の中がよく痛む (あご、ほおの内側、歯ぐき、くちびる)		5. 歯ぐきからよく血が出る		7. その他 (      )		
	3. よく歯が痛む(冷たい物、熱い物を食べた時)						
4	その他、気になることがあれば記入してください。 (      )						

## < 診 断 票 >

栄養状態	( ) 栄養不良		( ) 肥満傾向		歯科	う 歯 数	乳歯	処置済	事後措置	受診 勧 告	(内科)
脊柱・胸郭							未処置				(歯科)
耳鼻咽喉頭疾患							永久歯	処置済			
皮膚疾患							未処置				
視力	右 (      )	左 (      )	その他の歯科疾患					(就学に関すること)			
聴力	右 (      )	左 (      )	口腔の疾患及び異常					(その他)			
眼の疾患及び異常			担当歯科医師所見			<input type="checkbox"/> 要注意乳歯 <input type="checkbox"/> う蝕多発傾向者		備考			
その他疾患及び異常											