

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		西暦 年 月 日	
就学 予定者	ふりがな		性別	生年月日	
	名 前		男・女	西暦 年 月 日	
	現住所	伊丹市		年齢 歳	
		電話		- -	
保護者	ふりがな		就学予定者との関係		現住所
	名 前		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) 【第1期・第2期】	8. 日本脳炎【第1期初回・第1期追加】
	3. B型肝炎	9. おたふくかぜ(任意接種)	
	4. ジフテリア・百日せき・破傷風・ホリオ(4種混合) 【第1期初回・第1期追加】		

【 問 診 票 】

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。
全身体格
1. 特に異常なし
2. めまいをおこしやすい 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
3. よく頭痛になる 5. 下痢や便秘をおこしやすい 7. 熟睡できない 9. その他 ()
目
1. 特に異常なし
2. 目がかゆくなる 4. 目やにがでる 6. その他
3. 目が痛い 5. 目を近づけて物を見る ()
耳・鼻
1. 特に異常なし
2. 耳の聞こえが悪い(右・左) 4. よく鼻水が出る 6. 鼻血が出やすい 8. その他
3. 耳だれが出る 5. よく鼻がつまる 7. いびきをかく ()
口
1. 特に異常なし
2. 口の中がよく痛む(あご、ほおの内側、歯ぐき、くちびる) 4. 口臭がする(腐敗臭) 6. 歯ぐきがよくはれる
3. よく歯が痛む(冷たい物、熱い物を食べた時) 5. 歯ぐきからよく血が出る 7. その他 ()

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 永久歯 その他の歯科疾患	処置済		事後措置 受診勧告 (就学に関すること) (その他)	(内科)
脊柱・胸郭				未処置			(歯科)
耳鼻咽喉頭疾患				処置済			
皮膚疾患				未処置			
視力	右 ()	左 ()	口腔の疾患及び異常			備考	
聴力	右 ()	左 ()					
眼の疾患及び異常			担当歯科医師所見	☐ 要注意乳歯 ☐ う蝕多発傾向者			
その他疾患及び異常							