

就学時健康診断票の記載例

☆就学時健康診断票の **学校名** 及び **太枠内** のみ御記入ください。

☆就学予定者

お子様の氏名・性別・生年月日・年齢（就学時健診日時点の満年齢）・現住所を御記入ください。

☆学校名

就学時健康診断の会場校名を御記入ください。

☆健康診断年月日

健康診断の受診年月日を御記入ください。

☆保護者

保護者の氏名・現住所などを御記入ください。お子様と同居の場合には「同左」とし、異なる場合には具体的に御記入ください。

☆主な既往歴

主な既往歴に○をつけてください。記載以外の既往歴がある場合には、その他に具体的に御記入してください。

☆食物アレルギー

アレルギーの有無に○をつけてください。

☆予防接種

母子手帳を確認し、現在までの接種記録を正確に御記入ください。

就学時健康診断票

学校名：那須塩原市立

学校

健康診断年月日

受付番号

就学予定者	ふりがな	なすしお きょうこ	性別	男・女
	氏名	那塩 教子	年齢	6
	生年月日	平成00年00月0日生		
	現住所	那須塩原市 あたご町2-3		

保護者	ふりがな	なすしお いくお
	氏名	那塩 育男
	現住所	同左
	就学予定者との関係	父

保育園・幼稚園名	なすしお保育園
身長	120.0 cm
体重	22.2 kg

自宅電話番号	0000-00-0000
携帯電話番号	000-0000-0000

主な既往歴 (該当に○をつける)	ぜんそく・心臓障害・麻しん(はし)その他 ()
---------------------	--------------------------

・風しん・水ぼうそう・気管支炎・中耳炎・てんかん ・上記疾病の既往歴なし

食物アレルギー	無・有 →有の場合、給食にお
---------	----------------

除去食、代替食を希望しますか？ (する・しない)

予防接種	予防接種の種類	接種日		
		1回目	2回目	3回目
種	ヒブ	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	小児用肺炎球菌	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	4種混合 (百日咳、ジフテリア、ポリオ、破傷風)	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	BCCG	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	麻しん・風しん混合	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	日本脳炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	水痘	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	おたふくかぜ	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	B型肝炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日

接種日	4回目
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日

栄養	栄養不良
----	------

- ① 保育園・幼稚園に通っている場合は、園名を御記入ください。
- ② 自宅の電話番号とあわせ、日中に連絡が可能な番号（携帯電話など）も御記入ください。
- ③ 身長・体重については、おおよその数値で結構ですので、必ず御記入ください。