就学時健康診断票

健康診断月日　　月　　日　　受付番号

保護者は太枠内を記入して下さい

ふりがな			生年月日	年　月　日生	
入学予定者氏名			現在通っている保育所名又は幼稚園名等		
保護者氏名		入学予定者から見て保護者との続柄		(例)父、母等	
現住所	飯塚市				
電話番号	(学校が昼間連絡できる電話番号等)				

主な既往症 ※今までかかったことがあれば○で囲んでください。	はしか　風しん　水ぼうそう　おたふくかぜ　ぜんそく　川崎病(MCLS) アトピー性皮膚炎　アレルギー性鼻炎　結核　心臓病　腎臓病 その他(　　)

予防接種						
※母子手帳を確認の上、接種済のものを○で囲んで、接種した年月をカッコ内に記入してください。 分からない場合は、健診当日に保健師にお尋ねください。	インフルエンザ菌b型(Hib)	1回	(　年　月)	四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)	Ⅰ期1回	(　年　月)
		2回	(　年　月)		Ⅰ期2回	(　年　月)
		3回	(　年　月)		Ⅰ期3回	(　年　月)
		追加	(　年　月)		Ⅰ期追加	(　年　月)
	小児肺炎球菌	1回	(　年　月)	BCG		(　年　月)
		2回	(　年　月)	MR(麻しん・風しん)	Ⅰ期	(　年　月)
		3回	(　年　月)		Ⅱ期	(　年　月)
		追加	(　年　月)	水痘	1回	(　年　月)
	B型肝炎	1回	(　年　月)		2回	(　年　月)
		2回	(　年　月)	日本脳炎	Ⅰ期1回	(　年　月)
		3回	(　年　月)		Ⅰ期2回	(　年　月)
					Ⅰ期追加	(　年　月)
	その他 〔　　〕(　年　月)　〔　　〕(　年　月) 〔　　〕(　年　月)　〔　　〕(　年　月)					

栄養状態	栄養不良		耳鼻咽頭疾患				
	肥満傾向						
脊柱			皮膚疾患				
胸郭			歯	う歯数	乳歯	未処置	本
視力	右				永久歯	未処置	本
	左						
聴力	右			その他の歯の疾病及び異常			
	左						
眼の疾病及び異常			口腔の疾病及び異常				
その他の疾病及び異常							
担当医師所見							
担当歯科医所見							
事後措置	治療勧告						
	就学に関し保健上必要な助言						
	その他						
備考							

飯塚市教育委員会