

就学時健康診断票

<令和8年度>

★太枠の中を記入し、あてはまるところを○で囲んでください。

	名簿番号		K		A	
児童	ふりがな	就学予定学校 小学校				
	氏名					
			生年月日	平成 令和	年	月
現在通っている保育所・幼稚園等の名称						
保護者	氏名				電話番号	
	現住所	大野城市				
今までにかかった主な病気		・なし ・あり ()		治療中の病気	・なし ・あり ()	
食物アレルギー		・なし ・あり (主な原因食品) ※ありの場合は、栄養士による面談を受けてください。				
予防接種	・接種済ワクチン（未接種は「未」）を○で囲んでください。接種前にその病気にかかったときは「罹患」を○で囲んでください。					
	①BCG	： 済 ・ 未		⑥B型肝炎	： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 未	
	②四種混合	： I期（1・2・3・追加）・未		⑦Hib	： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ・ 未	
	③日本脳炎	： I期（1・2・追加）・未		⑧肺炎球菌	： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ・ 未	
	④水痘	： 1回目 ・ 2回目 ・ 未、罹患		⑨その他		
	⑤MR（麻しん・風しん）	： I期・II期 ・ 未、罹患				
個人情報の取扱いについて、就学予定校への情報提供に同意しますか？ (来年3月に就学予定校へ診断票を送付しますので、それまでの期間となります。)					はい ・ いいえ	

栄養状態	・栄養不良 ・肥満傾向		歯	う 歯 数	乳 歯		永 久 歯					
脊 柱				その他 歯の疾病 及び異常	処置	本	未処置	本	処置	本	未処置	本
胸 郭					・反対咬合 ・下顎咬合 ・上顎咬合 ・上顎前突 ・過蓋咬合 ・開咬 ・叢生 ・交叉咬合 ・切端咬合 ・正中離開 ・空隙歯列 ・癒合歯 ・上唇小帯付着異常 ・歯肉炎 ・ ()							
皮膚疾患	・アトピー性皮膚炎 ・白せん ・ ()											
耳鼻咽喉頭疾患	・扁桃腺肥大 ・ ()		口腔の疾病及び異常									
眼の疾病及び異常			担当歯科医師所見									
その他の疾病及び異常												
担当医師所見			視力(裸眼・メガネ等矯正)		右			左				
			聴 力		右			左				

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		