

【秘】

保 健 調 査 票

令和 年 月 日記入

(就 学 時 健 康 診 断)

就学予定者氏名				在籍保育園・幼稚園・こども園名
性別		生年月日	平成 年 月 日 生	
保護者氏名				保護者電話番号
住所				

1. 予防接種

母子健康手帳及び予防接種手帳を参考にし、記入してください。

(実施年月は、最終完了年月)

予防接種がすんでいるもの

- | | | | | | |
|----------------------|----|-----|--------|----|-----|
| ① Hib | 実施 | 年 月 | ② 肺炎球菌 | 実施 | 年 月 |
| ③ B型肝炎 | 実施 | 年 月 | | | |
| ④ ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ | 実施 | 年 月 | | | |
| ⑤ BCG | 実施 | 年 月 | | | |
| ⑥ 麻しん風しん混合 第1期 | 実施 | 年 月 | | | |
| ⑦ 麻しん風しん混合 第2期 | 実施 | 年 月 | | | |
| ⑧ 水痘 | 実施 | 年 月 | ⑨ 日本脳炎 | 実施 | 年 月 |
| ⑩ ロタ | 実施 | 年 月 | ⑪ おたふく | 実施 | 年 月 |

2. 今までにかかった病気

医師により診断されたことがある場合、該当を○で囲み () 内を記入してください。

1	心臓病	ある (病名	歳) ない
2	腎臓病	ある (病名	歳) ない
3	肝臓病	ある (病名	歳) ない
4	結 核	ある (病名	歳) ない
5	アトピー性皮膚炎	ある (	歳～) ない
6	糖 尿 病	ある (	歳) ない
7	川 崎 病	ある (	歳) ない
8	ぜ ん 息	ある (	歳) ない
9	てんかん	ある (	歳) ない
10	麻しん (はしか)	ある (	歳) ない
11	みずぼうそう	ある (	歳) ない
12	おたふくかぜ	ある (	歳) ない
13	風しん	ある (	歳) ない
14	その他		
	(1) 病名 (		歳)
	(2) 病名 (		歳)

3. 今までに受けた手術・交通事故・骨折・その他

- | | |
|---|---|
| 1 | 手術を受けたことがある場合、病名・手術部位・年齢を記入してください。 |
| 2 | 交通事故・骨折・その他でけがをした事がある場合、受傷部位・年齢を記入してください。 |

4. 日ごろの状態

該当する番号を○で囲み、その他病気や異常について記入してください。

内 科 そ の 他	1 ときどき熱をだす。 2 ぜん息発作をおこすことがある。 3 ときどき立ちくらみ、めまいをおこす。 4 少しの運動でもよく息切れ、どうきを訴えることがある。 5 けがをすると血がとまりにくい。 6 乗り物に酔いやすい。 7 じんましんや湿疹がでやすい。 (主な原因や症状がありましたら記入してください。)
	8 アレルギーがある場合、主な原因や症状等について記入してください。 (1) 食品 (食品名や症状) (2) 薬品 (薬品名や症状) (3) その他 (原因や症状) 9 運動するのに不自由なところがある。(部位) 10 脱臼しやすい。(部位) 11 その他病気や異常がありましたら記入してください。
耳 鼻 咽 喉 科	1 耳の聞こえが悪い。(右・左・両方) 2 鼻血が出やすい。 3 よくどもることがある。 4 その他、耳・鼻・のどの病気や異常がありましたら記入してください。
眼 科	1 眼鏡をかけて いる (近視・遠視・乱視・その他) いない 2 眼の病気や異常がありましたら記入してください。
歯 科	歯の病気や異常がありましたら記入してください。

(日ごろの習慣などで心配なこと、また学校に連絡しておきたいことがありましたら記入してください。)

保護者欄の	
-------	--