

就学時健康診断票

※太枠(—)内をご記入ください。

①()幼稚園・保育園・認定こども園					健康診断 年月日	令和7年	
② 一時保育利用 ()園						月 日	
③ 在宅保育							
就学予定者(本人)	フリガナ		性別	男・女	保 護 者	氏名	
	氏名						
	生年月日	H・R 年 月 日生	年齢	歳		続柄	
	現住所	大村市				現住所	
電話番号	- - []						
主な既往症							
食物アレルギー		ある・ない	給食でのアレルギー対応	必要あり・必要なし			
予防接種 (受けたものを○で囲む)		4種混合(百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ) BCG 日本脳炎 麻疹(はしか) I期・II期 風疹 I期・II期 水痘 Hib(ヒ7) 肺炎球菌					
栄養状態	栄養不良		耳鼻咽喉頭疾患				
	肥満傾向						
脊柱			皮膚疾患				
胸郭			歯	う 歯 数	乳歯	処置	
視力	右				歯	未処置	
	左				永久歯	処置	
聴力	右				未処置		
	左		その他の歯の疾病及び異常				
眼の疾病及び異常			口腔の疾病及び異常				
その他の疾患及び異常							
担当医師所見							
担当歯科医師所見							
事後措置	治療勧告						
	助言・その他						
備考							

赤ちゃん訪問、1歳半・3歳児健診等で、配付している「のびのびファイル」を活用されていますか。

- | | | | |
|--|--------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 本日持参した。 | } | → | <input type="checkbox"/> 記録し、活用している。 |
| <input type="checkbox"/> 持っているが、持参していない。 | | | <input type="checkbox"/> 使用していない。 |
| <input type="checkbox"/> 持っていない。 | —————→ | | こどもセンターで受け取ることができます。 |

