

通知書No.

就学時健康診断票

※太枠（**—**）内をご記入ください。

現在のお子様の状況		①（ <input type="text"/>) 幼稚園・保育園・認定こども園 ② 一時保育利用（ <input type="text"/> 園） ③ 在宅保育			健康診断年月日	令和4年 月 日				
就学予定者本人	フリガナ氏名	<input type="text"/>	性別	男・女	保護者	氏名	<input type="text"/>			
	生年月日	H 年 月 日生	年齢	歳		現住所	<input type="text"/>			
	現住所	大村市				就学予定者との関係	<input type="text"/>			
	電話番号	— — [<input type="text"/>]								
主な既往症		<input type="text"/>								
食物アレルギー		ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	給食でのアレルギー対応	必要あり <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/>						
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(ヒブ) 肺炎球菌								
栄養状態	栄養不良	<input type="text"/>	耳鼻咽喉頭疾患		<input type="text"/>					
	肥満傾向	<input type="text"/>								
脊 柱		皮膚疾患		<input type="text"/>						
胸 郭		視 力	右	左	歯 数	乳 歯	処 置	<input type="text"/>		
視 力						右	左	永久歯	未処置	<input type="text"/>
									聴 力	右
聴 力	右					左	未処置	<input type="text"/>		
		眼の疾病及び異常		口腔の疾病及び異常			その他の歯の疾病及び異常			
その他の疾患及び異常						<input type="text"/>				
担当医師所見		<input type="text"/>								
担当歯科医師所見		<input type="text"/>								
事後措置	治療 勧 告	<input type="text"/>								
	助言・その他	<input type="text"/>								
備 考		<input type="text"/>								

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。
 () 本日持参した。 } → { () 記録し、活用している。
 () 持っているが、持参していない。 } → { () 使用していない。
 () 持っていない。 → ことどもセンターで受け取ることができます。

【健康チェック表】

本日の健康状態についてチェック☑ してください。

健診参加のチェックリスト	お子様	同伴の方
受診前の体温	℃	℃
平熱以上の発熱、咳などの風邪症状はない		
感染者又は濃厚接触者の待機期間に該当していない		

健診予定日を延期する必要がある方は、大村市教育委員会【TEL 53-4111
(内線394)】までご連絡ください。

(ここは受付時に記入します)

	お子様	同伴の方
受付時 体温	℃	℃