

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()幼稚園・保育園・認定こども園 ②一時保育利用()園 ③在宅保育				健康診断年月日	令和5年 月 日	
就学予定者本人	フリガナ氏名		性別	男・女	保護者	氏名		
	生年月日	H 年 月 日生	年齢	歳		現住所		
	現住所	大村市				就学予定者との関係		
	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(ヒブ) 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					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。 | —————→ どもセンターで受け取ることができます。 | | |