

就学時健康診断票

No. _____

※あらかじめ記入の上、健診当日にご持参ください。

健康診断年月日		年 月 日	
就学予定者	ふりがな	性別	ふりがな
	氏 名	保 護 者	氏 名
	生年月日	男 女	父 ・ 母 ()
	現 住 所	TEL - -	
※連絡のつきやすいかたの氏名と電話番号をご記入ください。			
主な既往症			
予 防 接 種	ポリオ	BCG	3 種 混 合 (百日咳、ジフテリア、破傷風)
*接種済みに○をしてください。			4 種 混 合 (百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ)
			麻しん・風しん 混合 (MR) I 期 II 期
			麻しん (単独) I 期 II 期
			風しん (単独) I 期 II 期
			日本 脳 炎
			Hib
			肺炎 球菌
			水 痘
今、通っている 幼稚園・保育所 (園) 名	転 出 予 定 (3月末日までに)		有 ・ 無
本校に在学している兄弟		年 組 氏 名	

※下の欄には記入しないでください。

栄養状態	栄養不良		乳 歯	処 置	有 ・ 無	
	肥満傾向			未処置	有 ・ 無	
せき 脊	柱		う 歯	疑い	有 ・ 無	
胸	郭			永 久 歯	処 置	有 ・ 無
眼の疾病及び所見					未処置	有 ・ 無
耳 鼻 咽 頭 疾 患			疑い		有 ・ 無	
皮 膚 疾 患			そ の 他			
その他の疾病 及び所見			視 力	右	△ ○	
				左	△ ○	
			聴 力	右		
				左		
担 当 医 師 所 見 (就学に関し保健上必要な助言)						

茨木市教育委員会

就学時健康診断の結果通知について

No. _____

保護者 様

お子様の健康診断の結果は、下記のとおりです。

【1】 所見はありません

疾病等に該当する方は、入学前に治療を終えて、元気に入学できるようにしておいてください。

【2】 内科 (疾病名)

【3】 歯科 (むし歯 ・ むし歯の疑い ・ その他)

【4】 その他 (視力)

※受診後、他の学校に入学される場合、この書類を入学予定先の学校に提出してください。

年 月 日

茨木市教育委員会