

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	
氏 名				男 女	
生年月日		年 月 日 生		年 齢	
現住所		保護者		氏 名	
		就学予定者との係		現住所	
		父 ・ 母		TEL	

主な既往症											
予防接種 *接種済みに ○をしてください。		ポリオ		BCG		3種混合 ジフテリ 破傷風		4種混合 ジフテリ 破傷風 おたけ		麻しん・風しん 混合(MR)	
						1期		1期		2期	
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				処置		有 ・ 無			
肥満傾向						未処置		有 ・ 無			
脊 柱				う 歯		疑い		有 ・ 無			
胸 郭				乳 歯		処置		有 ・ 無			
眼の疾病及び所見				永久歯		未処置		有 ・ 無			
耳 鼻 咽 頭 疾 患				その他		疑い		有 ・ 無			
皮 膚 疾 患											
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

