

記入例を参考に、同封の就学時健康診断票をあらかじめ記入の上、健診当日に  
受付でご提示ください。

### < 記入例 >

就学時健康診断のお知らせ

来年度小学校に入学予定のお子様を対象に、健康診断を行います。この健康診断は、学校保健安全法の規定に基づき、お子様の健康状態を把握して保健上必要な助言などを行うとともに、学校に頼しみ、安心して就学していただくために実施するものです。

就学予定者名

同封のお知らせに記載されている個人番号を健診票へ記入してください（2箇所）。

※理髪所における就学予定の小学校です。  
なお、障害のあるお子様の就学については、別

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<br>予定<br>者          | ふりがな  | _____                 | 性 別       | 男 女                         | 保<br>護<br>者<br>関<br>係           | 氏 名                        | _____ |
|                        | 氏 名   | _____                 | 現 住 所     | _____                       |                                 | TEL                        | _____ |
|                        | 生年月日  | ____ 年 ____ 月 ____ 日生 | 年 齢       | ____ 歳                      |                                 | 就学予定の<br>者との係              | 父 ・ 母 |
|                        | 現 住 所 | _____                 | 主 な 既 往 症 | _____                       |                                 |                            |       |
| 予 防 接 種                |       | ポリオ                   | BCG       | 3種混合<br>(百日咳、ジフテ<br>リア、破傷風) | 4種混合<br>(百日咳、ジフテ<br>リア、破傷風、ポリオ) | 麻しん・風しん<br>混合(MR)<br>Ⅰ期 Ⅱ期 | 水痘    |
| *接種済み<br>○をしてください。     |       |                       |           |                             |                                 |                            |       |
| 今、通っている<br>幼稚園・保育所(園)名 |       | _____                 |           | 転出予定<br>(3月末日までに)           | 有・無                             | 本校に在学している兄姉<br>年 組 氏 名     |       |

※下の欄には記入しないでください。

栄養不良 \_\_\_\_\_

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、元気に入学期に持参してきてください。

【2】 内科 ( 疾病名 \_\_\_\_\_ )

【3】 歯科 ( むし歯 ・ むし歯の疑い ・ \_\_\_\_\_ )

【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

健診日を記入してください。

茨木市教育委員会