

この調査票は、健康診断の参考とするものです。お子様の健康状態等について、記入ください。

# 就 学 時 健 康 診 断 調 査 票

|            |  |
|------------|--|
| ふりがな       |  |
| お子様の<br>名前 |  |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 就学時健康診断通知書No.                    |  |
| No.                              |  |
| (就学通知書下部に記載の「就学時健康診断通知書」No. を記入) |  |

※就学時健康診断当日は、健康状態を確認してから来校してください。お子さまが「発熱（37.5℃以上）」がある場合は、就学時健康診断の受診を控えてください。

1 現在かかっている病気には○印、また、これまでにかかったことのある病気については（ ）内に記入してください。

| 病 名                                 | 現在かかっている | これまでにかかった<br>ことがある | 病 名              | 現在かかっている | これまでにかかった<br>ことがある |
|-------------------------------------|----------|--------------------|------------------|----------|--------------------|
| 心 臓 病                               |          | ( 歳頃 )<br>( 歳頃まで ) | 糖 尿 病            |          | ( 歳頃 )<br>( 歳頃まで ) |
| 小児結核                                |          | ( 歳頃 )<br>( 歳頃まで ) | 腎 臓 病            |          | ( 歳頃 )<br>( 歳頃まで ) |
| ぜんそく                                |          | ( 歳頃 )<br>( 歳頃まで ) | ひきつけ<br>けいれん     |          | ( 歳頃 )<br>( 歳頃まで ) |
| 食物<br>アレルギー<br><small>(食物名)</small> |          | ( 歳頃 )<br>( 歳頃まで ) | 麻 し ん<br>(は し か) |          | ( 歳頃 )<br>( 歳頃まで ) |
| アレルギー                               |          | ( 歳頃 )<br>( 歳頃まで ) | そ の 他            |          | ( 歳頃 )<br>( 歳頃まで ) |

2 予防接種を受けたものに○印をつけてください。一回も受けてなければ[未]に○印をつけてください。

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ BCG [ 未 ・ 済 ]</li> <li>・ 4種（百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ）混合をした場合 [ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 ]</li> <li>・ 4種混合をしていない場合                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ポリオ(単独) [ 未 ・ 済 ]</li> <li>・ 3種混合（百日咳・ジフテリア・破傷風） [ 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 ]</li> </ul> </li> <li>・ 水痘 [ 未 ・ 1回 ・ 2回 ]</li> <li>・ B型肝炎 [ 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ]</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 麻しん・風しん混合（MR）をした場合 [ 1期 ・ 2期 ]</li> <li>・ 麻しん・風しん混合（MR）をしていない場合                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 麻しん（単独） [ 未 ・ 1期 ・ 2期 ]</li> <li>・ 風しん（単独） [ 未 ・ 1期 ・ 2期 ]</li> </ul> </li> <li>・ 日本脳炎 [ 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ]</li> <li>・ Hib（ヒブ） [ 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 ]</li> <li>・ 小児用肺炎球菌 [ 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 ]</li> </ul> |
|--|--|

3 お子様の「聞こえ」と「ことば」について、①～⑥のあてはまる番号に○をつけてください。

① 特に気になることはない

※聴力検査は、入学後の定期健康診断で全員にオーディオメータ（聴力検査機器）による検査を実施します。

ある

②～⑥のことで、相談や受診をしたことがありますか  
(②～⑥のあてはまる番号に○をつけてください)

|   |     |  |
|---|-----|--|
| ② 聞こえづらいようだ<br>③ 聞き返しが多い<br>④ テレビの音を大きくする | Aある | a 耳鼻咽喉科に相談・受診<br>b 療育センターなどの相談機関に相談    |
| ⑤ ことばの遅れがある<br>⑥ 発音がはっきりしない               | Bない | オーディオメータによる聴力検査<br>a' 希望しない<br>b' 希望する |

ない

4 お子様の健康などで、気になることがありましたらご記入ください。

～※記入していない箇所がないか、もう一度ご確認ください。～