

(様式1)

就学時健康診断調査票

令和3年 10 月 27 日

| | | | |
|--------|-----|------|-----------|
| 就学予定者名 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日生 |
| 保護者名 | | 住 所 | 長崎市 |

◎健康診断を受ける前に保護者の方が、該当するものに○印をつけてください。

(1) 生まれたときの様子を、知らせておきたいことがあれば記入してください。

()

(2) 予防接種等で、あてはまるものを○でかこんでください。

・ポリオ(IPV)→(未 ・ 済)

・BCG →(未 ・ 済)

・3種混合(DPT)(ジフテリア・百日咳・破傷風)→(未 ・ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)

・4種混合(DPT-IPV)(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)→(未 ・ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)

・MR(麻しん・風しん)→第Ⅰ期(未 ・ 済) 第Ⅱ期(未 ・ 済)

・日本脳炎Ⅰ期→(未 ・ 1回目 ・ 2回目 ・ 追加)

・Hib(インフルエンザ菌b型)→(未 ・ 済) ※開始時期によって回数が変わる

・肺炎球菌 →(未 ・ 済) ※開始時期によって回数が変わる

・水痘 →(未 ・ 済)

(3) 予防接種で、知らせておきたいことがあれば記入してください。

()

(4) 今までかかった病気があれば、番号を○でかこんでください。

1. 麻しん(はしか)

2. 風しん

3. 水ぼうそう

4. おたふくかぜ

5. ぜんそく

6. 川崎病(MCLS)

7. アトピー性皮膚炎

8. アレルギー性鼻炎

9. 結核

10. 心臓病

11. 腎臓病

12. その他()

(5) よくおこる病気について記入してください。

(例: ひきつけ、ぜんそくの発作、扁桃炎、アレルギー疾患など)

()

(6) 物を見るときの様子から判断して視力(物の見え方)はいかがですか。

・問題ない

・気になっている(具体的に

)

(7) ふだんの様子から判断して聴力(音の聞こえ方)はいかがですか。

・問題ない

・気になっている(具体的に

)

(8) 現在、医師に診てもらっている病気があれば記入してください。

()

(9) からだや心の健康および性格、行動のことで、学校へ知らせておく方がよいと思われることがあれば記入してください。

検査や診察の際、配慮してほしいことがあればお知らせください。