

受付番号
(記入不要)

就 学 時 健 康 診 断 票

事前に表面の保護者記入欄・裏面の保健調査票に、必要事項を記入してご持参ください。

【保護者記入欄】

就 学 予 定 者	フリガナ		性別	フリガナ	
	氏 名		男・女	氏 名	
	生年月日	令和 西暦	年 月 日生	電話番号	
	現住所 ※建物名まで 記入	〒		現住所 ※就学予定者と異なる場合のみ	
日野市立小学校以外の国公立学校(特別支援学校含む)への入学希望					あり ・ なし
入学までに日野市外へ 転出する予定		あり ・ なし	「あり」の場合、 時期及び転出先		月頃 都道 市区 府県 町村

裏面あり

【医師等記入欄】

栄養 状態	栄養不良		耳鼻咽喉疾患			
	肥満傾向					
脊 柱			聴力	右	再 $\left(\begin{array}{l} 1000\text{Hz} \\ 4000\text{Hz} \end{array} \right)$	
胸 郭				左	再 $\left(\begin{array}{l} 1000\text{Hz} \\ 4000\text{Hz} \end{array} \right)$	
皮膚疾患			歯	う 歯 (むし歯)	あり ・ なし	
眼の疾病及び異常				その他の歯の 疾病及び異常		
視力	右	1.0可・再 (1.0可・再)		口腔の疾病 及び異常		
	左	1.0可・再 (1.0可・再)				
その他の疾病 及び異常			ことば ※ありの場合、該 当する番号に○	あり ・ なし 1 発音の一部が不明瞭(構音) 2 ことばが詰まる・繰り返す(吃音) 3 その他 ()		
備考					受診 確認	

日野市教育委員会

就学時健康診断保健調査票(令和9年度入学児)

学校保健安全法に基づき、就学時健康診断を実施するにあたり、事前に保健調査(問診)をします。

就学時健診の際に学校医等が内容を確認しますので、正確な健康診断を実施するために、母子健康手帳等をご確認のうえ、記入をお願いします。なお、本用紙は個人情報として厳重に管理します。

【保護者記入欄】就学予定者(お子さま)について太線の中をご記入ください。

記入年月日 令和 8 年 月 日

氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
-----	--	-----	------	-------

(1)生まれた時の様子で、知らせておきたいことがあれば記入してください。

[]

(2) 今までに受けた予防接種があれば、あてはまるものに○を付けてください。

種類	1回目	2回目	3回目	追加	種類	1回目	2回目	3回目	追加
ヒ ブ					麻疹風しん				
肺炎球菌					水 痘				
B型肝炎					日本脳炎				
口タウウイルス					そ の 他				
四種混合									
B C G									

(3) 予防接種や感染症に関し、知らせておきたいことがあれば記入してください。

[]

(4) 今までにかかった病気があれば、病名に○を付けてください。

麻しん(はしか) ・ 風 し ん ・ 水 ぼ う そ う ・ おたふくかぜ ・ ぜ ん そ く
川崎病(MCLS) ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 結 核 ・ 心 臓 病
腎 臓 病 ・ その他(病名:)

(5) 現在、医療機関で継続して診察を受けている病気があれば記入してください。

[]

(6)よくおこる病気(例えば、ひきつけ、ぜんそくの発作など)があれば記入してください。

[]

(7)からだのことや食物アレルギーのことなど、学校生活の上で気になることがあれば記入してください。

$$\left[\begin{array}{c} \text{ } \end{array} \right]$$

(8)食物アレルギーの有無について、あてはまるものに○を付けてください。

なし ・ あり

あり

①幼稚園、保育園の給食、おやつで、除去食対応を受けていましたか。

はい・いいえ

②医師によりエピペン®又はネフィー®が処方されていますか。

はい・いいえ

(9) 性格や行動(個別もしくは集団)などの面で、気になることがあれば記入してください。

(10) 身長と体重を記入してください。(測定できない場合は、当日受付で測定してください。)

身長()cm 体重()kg

(11) 日野市発達・教育支援センター「エール」で就学相談を受けていますか。

はい・いいえ

そのほか、学校生活を送るうえで心配なこと、配慮を要することなどがありましたら記入してください。ご不安な点等がありましたら、健診当日、直接学校までご相談いただいてもかまいません。