

記入例

< 健診のまとめで提出する書類をご記入ください。 >

ピンク 就学時健康診断票

受付番号 **00**

令和 ○年 ○月 ○日

※太線枠内を健診日までにもれなく記入してください。

ふりがな	ふちゅう かずこ		性別	女
氏名	府中 一子		年齢	6歳
生年月日	平成 △年 △月 △日	年齢	6歳	
現住所	〒193-0000 府中市寿町2-□-○ △△△マンション XXX号室			
現在通っている幼稚園・保育所等	〇〇保育所	新入学用の黄色帽子サイズ(cm)をご家庭で採寸のうえ、○印で囲んでください。 ※採寸方法については別紙の新入学帽子の採寸についてをご参照ください。 52・54・56・58		
ふりがな	ふちゅう いちろう		性別	男
氏名	府中 一郎		年齢	6歳
現住所	〒193-0000 府中市寿町2-□-○ △△△マンション XXX号室			
電話番号	042-xxx-xxxx			

水色 健康診断結果のお知らせ

令和 ○年 ○月 ○日

就学予定者氏名 **府中 一子**

内科	良好です	※○印について専門医への受診をお勧めします。 心音異常 () 脊柱異常・胸部異常・肥満傾向・湿疹・水いぼ () その他 ()
耳鼻咽喉科	良好です	※○印について専門医への受診をお勧めします。 耳垢栓塞・中耳炎・扁桃肥大・鼻炎・アデノイド副鼻腔炎・その他 ()
聴力	良好です	精密検査を要します。(右・左)

黄色 食物アレルギー調査票

府中第一小学校

受付番号 (フリガナ) フチュウ カズコ 性別 男・女
児童名 **府中 一子**

※氏名印(ゴム印)作成のため、戸籍通りの文字ではっきりとご記入ください。

◎お子さんの食べ物のアレルギーについて、当てはまるものに○をしてください。

1 お子さんは、食べ物のアレルギーがありますか？

① ある
② 以前はあったが、今はない
③ 検査していないが可能性がある
④ ない

1の質問で「④ない」と答えた方は、これで終了です。
①~③の方は続けてお答えください。

2 原因となる(または原因と思われる)食品は何ですか？(複数の場合はすべてご記入ください。)

① 卵 (鶏卵(○)加熱) ・うずら卵
② ナッツ類 (アーモンド・カシューナッツ・くるみ・ピーナッツ)
③ 牛乳・乳製品 (食用牛乳・乳製品全般)
④ 甲殻類 (エビ・カニ)
⑤ 果物
⑥ その他

3 食物アレルギーのために病院から処方されている薬がありますか？

① ある ⇒ エピペン・内服薬()
② ない

4 お子さんの食物アレルギーについて、給食での除去など学校での対応を希望されますか？

① 希望する(後日、面談等での確認を行います。)
② 希望しない
③ 主治医との確認が必要

☆ご協力ありがとうございました。

※太線枠内を健診日までにもれなく記入してください。

就学予定者氏名 **府中 一子**

※今までなかった大きな病気 (心臓病、腎臓病、アレルギー、熱性けいれん、その他)

予防接種(母子健康手帳をご確認ください)

種別	区分	(口の中にし点を記入)		種別	区分	(口の中にし点を記入)	
		接種済み	未接種			接種済み	未接種
Hib		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B・C・G		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小児肺炎球菌		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日本脳炎	初回	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肝炎(H28.4.1以降に生まれ)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日本脳炎	追加	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
四種混合		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRV混合ワクチン	I期	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
百日せき	1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRV混合ワクチン	II期	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ジフテリア	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水痘(水ぼうそう)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
破傷風	3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ポリオ	追加	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
栄養状態	栄養不良	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	耳鼻咽喉疾患		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	肥満傾向	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有り/無し					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

名札

ばんごう **00**

フリガナ フチュウ カズコ 性別 男
児童名 **府中 一子**

※検査をされたらチェックします。

視力	聴力	採寸	採寸	採寸	採寸	採寸	採寸
----	----	----	----	----	----	----	----

「高・高」
「崎・崎・寄」
「辺・邊・邊」
「凜・凜」
「沢・澤」
「広・廣」
などはっきりとご記入ください。

男子:水色
女子:ピンク

名札と同じ番号を記入してください。

個票 ※児童名は、氏名印(ゴム印)作成のため戸籍通りはっきりと丁寧に記入ください。

受付番号 **00**

フリガナ	フチュウ カズコ	性別	男	フリガナ	フチュウ イチロウ	性別	女	
児童名	府中 一子	保護者氏名	府中 一郎	現住所	府中市 寿町 2-□-○ △△△マンションXXX号室			
生年月日	平成 ○年 ○月 ○日	児童との続柄 (父)		連絡先	TEL	042 (xxx) xxxxx	身長	約 () cm
幼稚園	() 幼稚園	帽子サイズ	52 (54) 56 58 (cm)	アレルギーの有無	アレルギーを起こすことがありますか？ ない (○) (ある) (原因 卵(生))			
保育園	() 保育園	アレルギーの有無		在籍児童	○本校に在籍中の兄弟・姉妹がいたら、ご記入ください。 年 組 () 年 組 () 年 組 ()			
保育所	() 保育所	備考	○府中第一小学校への入学について () 確実に入学する () まだ決まらない () 他校へ入学予定(国立私立 転居予定等含)					
			○学童クラブに申請の予定がありますか？ () はい () いいえ () 検討中					

氏名印(ゴム印)を作成します。戸籍通りの正確な字ではっきりとご記入ください。