

就学時健康診断票

健康診断月日		受付番号	
--------	--	------	--

※ 太枠内をすべてご記入のうえ、通知書と一緒に受付にご提出ください

通知書番号	就学予定者	ふりがな		おとこ おんな 男・女	せいねんがっぴ 生年月日	年 月 日
	保護者	ふりがな		就学予定者との関係		
現住所				でんわばんごう 電話番号		

予防接種等の実施状況（母子健康手帳をご確認のうえ、該当する項目・回数等に☑チェックをしてください）

<ul style="list-style-type: none"> Hib <input type="checkbox"/>1回 <input type="checkbox"/>2回 <input type="checkbox"/>3回 <input type="checkbox"/>追加 肺炎球菌 <input type="checkbox"/>1回 <input type="checkbox"/>2回 <input type="checkbox"/>3回 <input type="checkbox"/>追加 B型肝炎 <input type="checkbox"/>1回 <input type="checkbox"/>2回 <input type="checkbox"/>3回 4種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ） <input type="checkbox"/>1回 <input type="checkbox"/>2回 <input type="checkbox"/>3回 <input type="checkbox"/>追加 	<ul style="list-style-type: none"> BCG <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/>1回 <input type="checkbox"/>2回 <input type="checkbox"/>追加 水痘 <input type="checkbox"/>1回 <input type="checkbox"/>2回 	<ul style="list-style-type: none"> その他（ ）
<ul style="list-style-type: none"> MR(麻疹・風しん) <input type="checkbox"/>1期 <input type="checkbox"/>2期 <p>※MR2期は2024年3月31日まで接種対象です</p>		

◎ 今までにかかったことがあるために未接種の場合は、その予防接種名を記入してください。〔 〕

聴力 指こすりによる聞こえの検査の結果、聞こえたところを☑チェックしてください

右 左

検査の結果

「視標」（小さい輪が印刷されている用紙）を使用し、
 正しく答えられたら ○
 正しく答えられなければ X
 を記入してください

	裸眼				めがね・コンタクト			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
右目								
左目								

下記の項目であてはまるものに☑チェックを入れてください。

視力	<input type="checkbox"/> 片目を隠すと異常に嫌がる <input type="checkbox"/> すでに視力や眼位等で通院中
	<input type="checkbox"/> 測定中、眼球が揺れていた
	<input type="checkbox"/> 検査中、目を細めたり、顔を傾けたり、顔をまげてのぞきながら見ていた
日頃の様子	<input type="checkbox"/> 目（視線）が内側に寄っている <input type="checkbox"/> テレビに近づいて見る
	<input type="checkbox"/> 目（視線）が外側に外れている <input type="checkbox"/> 上目づかいでものを見る
	<input type="checkbox"/> 目を細めている <input type="checkbox"/> まぶたの形や大きさに左右差がある
	<input type="checkbox"/> 極端に近づいて見ようとする <input type="checkbox"/> 屋外に出ると非常にまぶしがる・嫌がる
	<input type="checkbox"/> ものを近づけて見る <input type="checkbox"/> 瞳の中央（奥のほう）が白く光る
	<input type="checkbox"/> 頭を左右どちらかに傾げる、顔を左右どちらかに回す、あごを上げるまたは下げる

3歳6か月児健康診断	<input type="checkbox"/> 受診した → 眼科受診結果 <input type="checkbox"/> 異常なし
	<input type="checkbox"/> 受診していない <input type="checkbox"/> 再検査を受診した
	<input type="checkbox"/> 受診したか不明 <input type="checkbox"/> 再検査と言われたが、受診していない
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 覚えていない