

No.(学校記入欄)

就学時健康診断票

A4 片面印刷でお願いします。

健康診断
年月日 令和6年10月16日

就学 予定者	ふりがな		性別	男女	保 護 者	氏名		
	氏名					現住所		
	生年月日	年 月 日生	年齢			就学予定者 との関係		
	現住所							
主な既往歴					食物アレルギー の有無	有 ・ 無		
予防接種		インフルエンザ ^{きん がた} 菌b型 (H i b) 小児肺炎球菌 ^{しょうにはいえんきゅうきん} B型肝炎 ^{がたかんえん} ジフテリア ^{ひやくにち} ・百日せき ^{はししょうふう} ・破傷風 ^{はししょうふう} ・ポリオ B C G 麻疹 ^{ましん} ・風しん ^{ふうしん} (第1期 第2期) 水痘 ^{すいとう} 日本脳炎 ^{にほんのうえん}						
栄養 状態	栄養不良		耳鼻咽頭疾患					
	肥満傾向							
脊 柱			皮 膚 疾 患					
胸 郭								
視 力	右	()	歯	う 歯	な し			
	左	()			あ り			
聴 力	右			その他の歯の疾病及び異常				
	左							
眼の疾病及び異常			口腔 ^{くわう} の疾病及び異常					
その他の疾患及び異常								
担当医師所見								
担当歯科医師所見								
事後 措置	治療勧告							
	就学に関し 保健上必要 な助言							
	そ の 他							
備 考								

No.(学校記入欄)

A4 片面印刷でお願いします。

令和6年10月16日

就学時調査

ふりがな		性別	男 ・ 女
児童名		生年月日	平成 年 月 日
現住所	尼崎市		
		電話	06— —
		携帯電話	— —
現在通っている 幼稚園・ 保育所名	幼稚園 保育所	在校生 の有無	有 → 年 無
在園期間 (予定)	年 月～令和5年 月		
ふりがな		児童との 関係	<例> 父、母
保護者名			
転居の 有無	お子様が入学 (令和7年4月) されるまでに転居の予定が ・ない ・ある・・・いつ (令和 年 月 日) どこへ ()		
1	一人で服の着脱ができますか。	はい	いいえ
2	アレルギー等、食事に気をつけることは特にはないですか。	はい	いいえ
3	排便は一人でできますか。	はい	いいえ
4	ひきつけを起こすことはないですか。	はい	いいえ
5	集団生活で特に気をつけることはないですか。	はい	いいえ
6	その他、伝えておきたいことがあれば、こちらにお書きください。		

記入日 令和6年 10月 16日

ふりがな
名前

生年月日 平成 年 月 日

保護者名

- 1 食物アレルギーがありますか。
ない ある → 2～14 の質問へ
- 2 最初に症状がでた時期はいつですか。年齢 (歳 ヶ月頃)
 そのときの原因食品はなんですか。()
- 3 最近、症状がでた時期はいつですか。年齢 (歳 ヶ月頃)
 そのときの原因食品はなんですか。()
- 4 現在、除去している食べ物がありますか。
ない ある (食べ物名:)
- 5 4で“ある”場合、除去の判断をしたのはだれですか。
医師 保護者 その他 ()
- 6 過去に除去していたが、現在は食べられるようになった食べ物がありますか。
ない ある (食べ物名:)
- 7 アナフィラキシーの症状はありますか。
ない ある (回数: 回 最終発症年月: 年 月)
 そのときの原因食品はなんですか。()
- 8 エピペンを処方されていますか。
いいえ →11へ はい
- 9 エピペンを使用したことはありますか。
いいえ →11へ はい (使用した回数: 回)
- 10 最後にエピペンを使用したのはいつですか。
 (最終使用日: 年 月)
- 11 原因食品摂取後にでる症状について記入してください。

食 品 名	症 状
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症

- 12 運動後に症状がでたことはありますか。
ない ある (食事との関連あり 食事との関連なし 不明)
- 13 現在、食物アレルギーの治療のために使用している薬はありますか。
ない
ある →下の項目について記入してください。
 薬品名
 内服薬 () 吸入薬 () 外用薬 ()
 注射薬 () その他 ()
- 14 学校給食において食物アレルギーによる個別対応を希望しますか。
いいえ →給食を食べる
はい

A4 片面印刷でお願いします。

令和6年10月16日

新1年生 保護者様

児童名 ()

尼崎市立上坂部小学校
校長 馬場 直子

お子様の名前のみ、お書きください。
以下は学校で記入します。

就学時健康診断結果のお知らせ

健康診断の結果は、下記のとおりでした。これらの病気は学習に影響する場合がありますので、専門医とご相談のうえ治療をお受けください。

記

耳鼻科検診	異常なし 1. 耳垢 2. 鼻炎 3. アレルギー性鼻炎 4. 扁桃肥大 5. その他 ()
歯科検診	異常なし 1. むし歯あり 2. その他 ()
眼科検診	異常なし 1. 結膜炎 2. 麦粒腫・霰粒腫 3. 眼瞼炎 4. 睫毛内反症 5. 斜視・斜位(疑い含む) 6. その他 ()
内科検診	異常なし 1. 脊柱異常 2. 栄養要注意 3. 心雑音 4. 胸郭異常 5. その他 () 6. アトピー性皮膚炎

以上