

# 就学时健康診断 予備調査票

No	受付時刻	時	分
	終了時刻	時	分

A・B

就学予定者	ふりがな		性別		保護者	氏名	
	氏名					電話番号	
	生年月日						
	在園名						

住所	<p style="text-align: center;"><b>予 防 接 種</b> 母子手帳を確認しながら当てはまるものを ○で囲んでください。</p>						
----	--	--	--	--	--	--	--

本人の健康状態について

<p>(1) 今までにかかった病気があれば番号を○で囲んでください。</p> <p>1. はしか                      2. 風しん</p> <p>3. 水ぼうそう                4. おたふくかぜ</p> <p>5. ぜんそく                    6. アトピー性皮膚炎</p> <p>7. 川崎病                      8. アレルギー性鼻炎</p> <p>9. 結核                         10. 心臓の病気</p> <p>11. 腎臓の病気</p> <p>12. その他(                    )</p>	MR	1期・2期
	肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・4回目(追加)
	Hib	1回目・2回目・3回目・4回目(追加)
	水痘	1回目・2回目
	4種混合(DPT・IPT)	1回目・2回目・3回目・4回目(追加)
	日本脳炎	1回目・2回目・3回目(追加)
	BCG	接種(あり・なし)

<p>(2) 現在、治療中又は経過観察中の病気があれば記入してください。</p>	<p>(4) 食物・薬品アレルギーがありますか。</p> <p>なし・あり(                    )</p>
--	---

<p>(5) 身体障がい者手帳または療育手帳を持っていますか。</p> <p>持っていない ・ 持っている</p>
---

<p>(3) よくかかる病気があれば記入してください。</p>	<p>(6) 保護者として気がかりなことや、相談したいことがあれば記入してください。</p>
---------------------------------	--

裏面もご記入ください。

(7) 本人の現在の様子について

- ① 咳をしていますか ( はい ・ いいえ )
- ② 喉の痛みはありますか ( はい ・ いいえ )
- ③ 呼んでも返事をしなかったり、聞き返しが多いですか ( はい ・ いいえ )
- ④ 中耳炎にたびたびかかることがありますか。 ( はい ・ いいえ )
- ⑤ くしゃみや鼻水がでますか。 ( はい ・ いいえ )
- ⑥ 鼻血がよく出る、また出やすいですか ( はい ・ いいえ )
- ⑦ よくいびきをかいていますか ( はい ・ いいえ )
- ⑧ 口をあけていることが多いですか ( はい ・ いいえ )
- ⑨ 声がかれていますか ( はい ・ いいえ )
- ⑩ 発音がおかしいと感じますか ( はい ・ いいえ )
- ⑪ 前日(24時間以内)に発熱(37.5度以上)がありましたか。 ( はい ・ いいえ )
- ⑫ 本日の朝の体温を記入してください。 (                      °C )