

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					年齢	現住所	
	生年月日	年 月 日生		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 <sup>きん がた</sup> 菌b型 (H i b)      小児肺炎球菌 <sup>しょうにはいえんきゅうきん</sup> B型肝炎 <sup>がたかんえん</sup> ジフテリア <sup>ひやくにち</sup> ・百日せき <sup>はししょうふう</sup> ・破傷風 <sup>はししょうふう</sup> ・ポリオ      B C G 麻疹 <sup>ましん</sup> ・風しん <sup>ふうしん</sup> (第1期 第2期)      水痘 <sup>すいとう</sup> 日本脳炎 <sup>にほんのうえん</sup>						
栄養 状態	栄養不良		耳鼻咽喉疾患					
	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 <sup>くわう</sup> 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 片面印刷をお願いします。

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