就学時健康調査票

**※就学時健康診断当日に受付へ提出してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| お子様について、保護者が記入してください。 | 記入年月日 | 令和５年 　月 　日 |
| 就学予定者 | （かな）氏　　名 | （　　　 　　　） | 性別 | 男・女 | 保　護　者 | （かな）氏　　名 | （　　　 　　　） |
| 生年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日生 | 続柄 |  |
| 現住所 | 〒会津美里町 | 現住所 | □児童に同じ(☑の場合は記入不要) |
| 現在通っているこども園・保育所等名 |  | 電話番号(携帯電話等連絡のつく番号) |  |
| 現在小学校に在籍する兄弟姉妹 | 氏名：　　　 　　　（　年　組） 　氏名：　　　 　　　（　年　組）氏名：　　　 　　　（　年　組） 　氏名：　　 　　　　（　年　組）氏名：　　　　 　　（　年　組）　 氏名：　　　 　　　（　年　組） |
| 予防接種※接種済みの場合は○印をつけてください。★三種混合＋ポリオまたは四種混合の接種になります。 | Ｈｉｂ（ヒブ） | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 |
| 肺炎球菌 | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 |
| ＢＣＧ | 1回 |
| 麻しん・風しん | Ⅰ期　　　・　　　Ⅱ期 |
| 水痘 | 1回目　　・　　2回目 |
| 三種混合★（ジフテリア、百日咳、破傷風） | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 |
| ポリオ（不活化） | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 |
| 四種混合★（ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ） | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 |
| 日本脳炎 | 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 |
| 主な既往症※既にかかった病気に○印をつけてください。 | はしか　　　水痘　　　おたふくかぜ　　風しん　　中耳炎　　小児結核（肺門リンパ腺）　心臓疾患　　　喘息　　　腎炎　股関節脱臼　　肺炎　　ひきつけ　　川崎病アレルギー性（　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 療養中の病気・現在の通院状況 |  |
| その他小学校生活を送る上で心配な心身の状況 |  |