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 | | |  | | | | | |