

就学時の健康診断予備調査票

※健康診断当日の体調についてご記入ください。		
お子様	体温 . °C	風邪症状： 有 ・ 無
付添の方	体温 . °C	風邪症状： 有 ・ 無

倉敷市教育委員会

氏 名		男 ・ 女	年 月 日生
保護者名			
住 所			

1 生育歴等

(1) 生まれた時の様子や、乳幼児健康診断で指摘されたことがあれば、記入してください。

--

(2) 予防接種歴：母子健康手帳の記録をもとに、受けているものについて、接種年月日を記入してください。

●BCG	●日本脳炎	●肺炎球菌	●水痘（水ぼうそう）	●その他（あればご記入ください）
. .	1回目 . .	1回目 . .	1回目
●四種混合（ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ）※三種混合の場合もこちらに記入	2回目 . .	2回目 . .	追加
	追加 . .	3回目 . .	●B型肝炎	. .
1回目 . .	●Hi b	追加 . .	1回目
2回目 . .	1回目 . .	●麻疹風しん（MR）	2回目
3回目 . .	2回目 . .	1回目 . .	3回目
追加 . .	3回目 . .	2回目
	追加

2 今までにかかった主な病気

※空欄部は、何かあればご記入ください。

麻疹（はしか）	才	ぜん息	才	川崎病	才
風しん（三日はしか）	才	アトピー性皮膚炎	才	難聴	才
水痘（水ぼうそう）	才	アレルギー性鼻炎	才	心臓病	才
おたふくかぜ	才	アレルギー性結膜炎	才	腎臓病	才
	才	食物アレルギー	才	けいれん・ひきつけ	才
	才		才		才

3 現在のお子様について

(1) よく起こる病気や症状があれば、記入してください。

--

(2) 現在、医師にかかっている病気があれば、記入してください。

--

(3) 日常生活の中で心配なことがあれば、記入してください。【行動、言動などを含む】

--

※この調査票は、母子健康手帳をもとに記入し、就学時の健康診断を受けるときに、必ずご持参ください。