

令和4年度 就学時健康診断票

[柳川市教育委員会]

No.

校区-番号				今までにかかつた主な病気	<input type="checkbox"/> なし		左 太 柱 内 と 裏 面 アン ケート を記 入 し て か ら、 医 療 機 関 を受 診 し て く だ さ い。	
就学 予定者	フリガナ			性別				
	氏名							
	生年月日				現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> なし		
	現住所				慢性の病気	<input type="checkbox"/> なし		
保育園等	保育園 幼稚園			予防接種 ※接種済みのものに○				
保護者	氏名			続柄	インフルエンザ菌b型(Hib) 小児肺炎球菌 B型肝炎 ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ BCG 麻しん・風しん(第1期 第2期) 水痘 日本脳炎			
	連絡先	(続柄:)						
	住所	□就学予定者と同じ			帽子サイズ ※該当する サイズに○	S・M L・LL	S:52cm、M:54cm L:56cm、LL:58cm ※キャップ型はアジャスター付で±2cm。	

★裏面にアンケートがありますので、ご記入ください。

内 科	栄養状態	栄養不良			脊柱			
		肥満傾向			胸郭			
	皮膚疾患	湿疹・アトピー ・その他()		その他の疾 病及び異常	<input type="checkbox"/> なし			
	診断年月日	月 日()		医療機関名 及び医師名				
眼 科	視力	右	()	目の疾患 及び異常	<input type="checkbox"/> なし			
		左	()					
	診断年月日	月 日()		医療機関名 及び医師名				
耳 鼻 科	耳鼻咽喉疾患	中耳炎 耳垢 副鼻腔炎 鼻炎 嘎声 扁桃肥大 アレルギー性鼻炎 滲出性中耳炎						
	聴力	右			その他の疾 病及び異常	<input type="checkbox"/> なし		
		左						
	診断年月日	月 日()		医療機関名 及び医師名				
歯 科	う歯数	乳歯	処置	本	未処置	本	その他の 歯・口腔の疾 病及び異常	
		永久歯	処置	本	未処置	本		
	診断年月日	月 日()		医療機関名 及び医師名				

※健診日当日は治療はできませんので、保険証は必要ありません。

アンケート

お子さんのことについてお答ください。

(どちらかを○で囲み、「いいえ」又は「あります」の場合は()内に具体的に記入してください。)

(1)ひとりで排泄することができますか? はい・いいえ()

(2)ひとりで洋服の着脱することができますか? はい・いいえ()

(3)お友達と遊ぶことができますか? はい・いいえ()

(4)目を見てお話を聞くことができますか? はい・いいえ()

(5)言葉の発達で気になる点はありませんか? ありません・あります()

(6)自分の名前など簡単な文字の読み書きができますか? はい・いいえ()

(7)教育支援委員会への参加を希望しますか? はい・いいえ

※教育支援委員会については、⑥学級・学校概要下段をご確認ください。

(8)お子さんについて何か心配なことがありましたら、お書きください。

(9)食物アレルギーはありますか? はい・いいえ

1 アレルギーがある食物はなんですか

(複数回答可、カッコ内は具体的な食物名をご記入ください。)

- 卵 ()
 牛乳 ()
 乳製品 ()
 小麦 ()
 そば ()
 豆実類 ()
 魚類 ()
 甲殻類 ()
 その他 ()

2 食物アレルギーと診断された時の年齢を教えてください

(歳 カ月頃)

3 どんな症状が出ますか (複数回答可)

- 皮膚のかゆみ、赤み、じんましん
 脣の腫れ、口の中のかゆみ、のどの違和感
 目の充血、まぶたの腫れ
 咳き、または鼻水、くしゃみ
 ゼイゼイして呼吸がきつくなる
 嘔吐、下痢、腹痛
 湿しんと、呼吸もしくはお腹の症状が同時に出て
 顔色がすぐれず、ぐつたりとなる
 その他 ()

4 食べてからおよそどれくらい経って症状がでますか

5分以内 30分以内 2時間以内 それ以上(時間後)

5 現在、食事制限をしていますか

している していない

食事制限をしている方へ

食事制限は 医師の指導 自分の判断 で行っている。

◎ 最後に今回の就学時健康診断について何かご意見があればご記入ください。来年度以降の実施に関して参考にさせていただきます。

☆ありがとうございました。就学予定校の面談終了後、その学校に提出して下さい。