

# 就学時健康診断票

健康診断月日	受付番号
--------	------

※以下の太枠内をすべてご記入のうえ、通知書と一緒に受付にご提出ください

通知書番号	就学予定者	ふりがな 氏名	男・女	おとこ おんな	せいねんがっぴ 生年月日	年 月 日
	保護者	ふりがな 氏名	就学予定者との関係			
現住所	電話番号					

予防接種等の実施状況（母子健康手帳をご確認のうえ、該当する項目・回数等にチェックをしてください）

• Hib <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加	• BCG <input type="checkbox"/>	• その他 ( )
• 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加	• 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 追加	
• B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回	• 水痘 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	
• 4種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ） <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加	• MR(麻疹・風しん) <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期	※MR2期は2026年3月31日まで接種対象です

◎今までになかったことがあるために未接種の場合は、その予防接種名を記入してください。〔 〕

聴力 指こすりによる聞こえの検査の結果、聞こえたところをチェックしてください

右 左

検査の結果	「視標」(小さい輪が印刷されている用紙)を使用し、 ただしく答えられたら <input type="radio"/> ただしく答えられなければ <input checked="" type="radio"/> を記入してください	裸眼	めがね・コンタクト
		右目	右目
		左目	左目

下記の項目であてはまるものにチェックを入れてください。

視力	検査中の様子	<input type="checkbox"/> 片目を隠すと異常に嫌がる <input type="checkbox"/> すでに視力や眼位等で通院中 <input type="checkbox"/> 測定中、眼球が揺れていた <input type="checkbox"/> 検査中、目を細めたり、顔を傾けたり、顔をまげてのぞきながら見ていた
	日頃の様子	<input type="checkbox"/> 目(視線)が内側に寄っている <input type="checkbox"/> テレビに近づいて見る <input type="checkbox"/> 目(視線)が外側に外れている <input type="checkbox"/> 上目づかいでものを見る <input type="checkbox"/> 目を細めている <input type="checkbox"/> まぶたの形や大きさに左右差がある <input type="checkbox"/> 極端に近づいて見ようとする <input type="checkbox"/> 屋外に出ると非常にまぶしがる・嫌がる <input type="checkbox"/> ものを近づけて見る <input type="checkbox"/> 瞳の中央(奥のほう)が白く光る <input type="checkbox"/> 顔を左右どちらかに傾ける、顔を左右どちらかに回す、あごを上げるまたは下げる
3歳6か月児健康診断	受診した	眼科受診結果
	受診していない	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 再検査を受診した <input type="checkbox"/> 再検査と言われたが、受診していない <input type="checkbox"/> わからない
	受診したか不明	

\*検診項目(就学時健康診断時に教育委員会が記入します)

就学時健康診断受診学校

内科	栄養状態	<input type="checkbox"/> 栄養不良 <input type="checkbox"/> 肥満傾向 <input type="checkbox"/> 肥満傾向
	脊柱	
	胸郭	
	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> アレルギー性皮膚炎
	予防接種	<input type="checkbox"/> 予防接種について主治医と相談

眼科	視力	<input type="checkbox"/> 視力再検査
	眼の疾病及び異常	<input type="checkbox"/> 眼位等再検査 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎

SVS検査	実施せず			
	実施	<input type="checkbox"/> 正常範囲内 <input type="checkbox"/> 正常範囲外 <input type="checkbox"/> 測定困難	右	左
			S	C1

歯科	未処置のう歯	乳歯	あり・なし
		永久歯	あり・なし
	その他歯の疾病及び異常	要注意乳歯 その他	あり・なし
	口腔の疾病及び異常	<input type="checkbox"/> 不正咬合 <input type="checkbox"/> 癒合歯	

耳鼻咽喉科(耳鼻咽喉疾患)	<input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 聴力再検査 <input type="checkbox"/> 耳垢栓塞(右・左) <input type="checkbox"/> 滲出性中耳炎(右・左)
---------------	---

その他疾病及び異常

藤沢市教育委員会

健康診断月日	受付番号
--------	------

# 就学時健康診断結果票

保護者様

藤沢市教育委員会 学務保健課

本日の健康診断の結果は、次のとおりです。

内科	<input type="checkbox"/> 肥満傾向 <input type="checkbox"/> 脊柱・胸郭について整形外科に相談 <input type="checkbox"/> アレルギー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 予防接種について主治医と相談
----	---

眼科	<input type="checkbox"/> 眼科専門医を受診 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 SVS検査(屈折検査)の結果						
	<table border="1"> <tr> <td>正常範囲内</td> <td></td> </tr> <tr> <td>正常範囲外</td> <td></td> </tr> <tr> <td>測定困難</td> <td></td> </tr> </table>	正常範囲内		正常範囲外		測定困難	
正常範囲内							
正常範囲外							
測定困難							

歯科	<input type="checkbox"/> むし歯(乳歯・永久歯) <input type="checkbox"/> 要注意乳歯(抜かなければならないかどうか考慮を要する乳歯) <input type="checkbox"/> 不正咬合 <input type="checkbox"/> 癒合歯
----	---

耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 聴力再検査 <input type="checkbox"/> 耳垢栓塞(右・左) <input type="checkbox"/> 滲出性中耳炎(右・左)
-------	---

上記にがついていた項目は、専門医の受診をお勧めいたします。

また、健康に留意して規則正しい生活習慣を身につけ、4月の入学に向けて体調を整えましょう。

