



就学時健康診断 事前調査票

下呂市教育委員会

就学予定者	ふりがな 氏名		性別	男 女		
	生年月日	平成 年 月 日	年齢	歳		
	現住所	下呂市				
保護者	氏名					
	現住所	<input type="checkbox"/> 就学予定者と同じ / 就学予定者と違う場合は、こちらに保護者の住所を記入 <small>(同じ方は☑してください)</small>				
	就学予定者との関係	就学予定者の()				
主な既往歴	今までににかかったことのあるおもな病気に○をし、必要なことを記入してください。					
	・麻疹(はしか)	歳	・おたふくかぜ	歳		
	・水ぼうそう	歳	・風疹	歳		
	・ちくのう症	歳	・ぜんそく	歳		
	・川崎病	歳	・心臓病	歳		
・腎臓病	歳	・その他病気 ()	歳			
予防接種	今までに受けた予防接種を○で囲み、接種日を記入してください。					
	・四種混合	1回目	平成 年 月 日	・Hib(ヒブ)	1回目	平成 年 月 日
		2回目	平成 年 月 日		2回目	平成 年 月 日
		3回目	平成 年 月 日		3回目	平成 年 月 日
		追加	平成 年 月 日		追加	平成 年 月 日
	・B C G		平成 年 月 日	・小児肺炎球菌	1回目	平成 年 月 日
	・麻疹風疹混合	I期	平成 年 月 日		2回目	平成 年 月 日
		II期	平成 年 月 日		3回目	平成 年 月 日
	・日本脳炎	1回目	平成 年 月 日		追加	平成 年 月 日
		2回目	平成 年 月 日	・B型肝炎	1回目	平成 年 月 日
		追加	平成 年 月 日		2回目	平成 年 月 日
	・水痘	1回目	平成 年 月 日		3回目	平成 年 月 日
		2回目	平成 年 月 日	・その他()		平成 年 月 日
	食事	・好き嫌い (ある ない)				
		・食事の量 (多い 普通 少ない)				
・アレルギー等配慮がいる食べ物 ()						

備考欄(転居の予定等、または相談したい事項等記入ください。)