

受験
番号

児童の健康管理において万全を期すため、入学前の健康調査に御協力よろしくお願い申し上げます。

健康調査票

フリガナ		男・女	住所：
児童氏名			
生年月日	西暦 年 月 日生		電話番号：

既往歴	麻疹（無・有）	風疹（無・有）	水痘（無・有）	流行性耳下腺炎（無・有）
	百日咳（無・有）	ジフテリア（無・有）	心臓病（無・有）	腎臓病（無・有）
	喘息（無・有）	じんましん（無・有）	川崎病（無・有）	小児麻痺（無・有）
	その他の疾患（無・有→疾患名：）			
予防接種歴	BCG（無・有）	Hib（無・有）	肺炎球菌（無・有）	ポリオ（無・有）
	麻疹・風疹 1期（無・有） 2期（無・有）		水痘（無・有）	日本脳炎（無・有）
	3種混合［百日咳・ジフテリア・破傷風］（無・有）			
	予防接種を受けていない場合の理由（）			
アレルギー	食物アレルギー（無・有→原因：）			
	その他のアレルギー（無・有→原因：）			
その他	学校生活（プール・給食などを含む）の中で特別な配慮が必要な場合ご記入ください。			

身長：	cm	体重：	kg
胸郭（正常・鳩胸・漏斗胸・扁平）		脊柱（正常・円背・側弯）	
尿検査（蛋白：）（糖：）（その他：）		栄養（正常・要注意）	
食物アレルギー（無・有→原因：			）
心臓疾患（無・有→所見：			）
呼吸器疾患（無・有→所見：			）
運動機能障害（無・有→所見：			）
消化器疾患（無・有→所見：			）
その他、学校生活（プール・給食などを含む）の中で特別な配慮が必要な場合はご記入ください。			
上記のとおり診断いたします。 年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名 印			