

入学時健康調査 (令和6年度入学)

1年 組 番	2年 組 番	3年 組 番							
ふりがな 氏名		男/女	西暦	4月1日現在 年 月 日生 (歳)	写真貼付 (3cm×4cm)				
保護者	氏名 (続柄)								
現住所	〒 ☎								
緊急 連絡先 (自宅以外)	1 ☎ 2 ☎								
かかりつけ の医療機関	医療機関名 (診療科) ☎		既往症		(年齢・傷病名・手術の有無・注意事項などを記入)				
予防接種歴と既往歴と副作用歴		未接種	接種有	接種有	接種有	接種有	感染有	副反応有	・未接種の場合は未接種に○を記入 ・接種有の場合は接種した回数すべてを○で囲む ・感染したことがある場合は感染有に○を記入 ・予防接種の副反応がある場合は、副反応有に○を記入
① 日本脳炎			1回目	2回目	3回目	4回目			
② 3種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風)			1回目	2回目	3回目	4回目			
③ 4種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)			1回目	2回目	3回目	4回目			
④ 麻疹 (はしか)			1回目	2回目					
⑤ 風疹 (三日はしか)			1回目	2回目					
⑥ 水痘 (水ぼうそう)			1回目	2回目					
⑦ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)			1回目	2回目					
⑧ 肺炎球菌性肺炎 (肺炎球菌ワクチン)			1回目	2回目	3回目	4回目			
⑨ ヒブ (HIB)			1回目	2回目	3回目	4回目			
⑩ BCG			1回目	未接種の理由： ツベルクリン反応検査が陽性だったため()、その他()					
⑪ その他任意接種等で受けたものがありましたらご記入ください。									
体	アレルギー 無・有→	内外薬 () 症状 ()		食べ物 () 症状 ()		その他 () 症状 ()			
	ぜんそく 無・有→	最終発作 (歳) 誘因 ()							
質	心臓疾患 無・有→	疾患名 ()							
	腎臓疾患 無・有→	疾患名 ()							
	その他	疾患名 ()							
学校への連絡		ご家庭で、特に健康において日常注意していることや学校に連絡しておきたいことがありましたらご記入ください。(運動制限や食事制限、アレルギーの対応などがあれば詳しく)							