

●事前に下記の就学時健康診断票の太枠内を記入してください。

就学時健康診断票

番号


【右記の「就学時健康診断票」の太枠内を記入してください】⇒⇒⇒

※「年齢」は、平成29年4月2日～平成30年4月1日に生まれた児童は、「5歳」と記入してください。

※「予防接種」は、母子健康手帳を参考に、健康診断の当日までに受けた定期予防接種の年月を記入してください。（例）H29年10月、R2年1月

●指定した学校で受診ができない場合は、仙台市内の他の小学校で受診してください。他の学校での受診を希望する場合は、指定した学校と、受診を希望する学校の両方へ早めに連絡をお願いします。

●健診日程の変更等があった際には、仙台市のホームページ「就学時健康診断の実施について」(下記のQRコード参照)に掲載いたします。



●上記ホームページ内で、小学校名に◎印のある学校では、健康診断当日、保護者対象の「子育て講座」(30分)を実施する予定です。

【問い合わせ先】

◀受診会場の変更を希望する場合▶

おもて面に記載の学校及び受診を希望する学校へ
(電話番号は上記QRコードにも記載しています)

◀就学時健康診断について▶

仙台市教育委員会事務局 健康教育課 ☎214-8881

◀子育て講座について▶

仙台市教育委員会事務局 生涯学習課 ☎214-8887

健康診断 年 月 日				
就学予定者	フリガナ	性別	男・女	
	氏名			
	生年月日	平成 年 月 日生	年齢	
現住所				
保護者	フリガナ			
	氏名			
	連絡先(自宅)	TEL	続柄	
	緊急連絡先	() TEL		
現住所	※就学予定者と同一の場合は記入不要			
予防接種	インフルエンザ 菌b型(Hib)	1回目	年 月 2回目	年 月
		3回目	年 月 追加	年 月
	小児肺炎球菌	1回目	年 月 2回目	年 月
		3回目	年 月 追加	年 月
	B型肝炎	1回目	年 月 2回目	年 月
		3回目	年 月	
	4種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)	1回目	年 月 2回目	年 月
		3回目	年 月 追加	年 月
	麻しん・風しん	1期	年 月 2期	年 月
	日本脳炎 (第一期)	1回目	年 月 2回目	年 月
追加		年 月		
水痘	1回目	年 月 2回目	年 月	
BCG	年 月			
主な既往症 ※○で囲んでください	はしか 水痘 おたふくかぜ 風疹 中耳炎 小児結核(肺門リンパ腺) 心臓疾患 喘息 腎炎 股関節脱臼 肺炎 ひきつけ 川崎病 アレルギー性() その他()			
食物アレルギーの有無	有 (種類:) ・ 無			
治療中の病気、化学物質・薬物アレルギー、エピペンの所持、その他心配なこと				

【学校記入欄】						
栄養状態	栄養不良		う歯数	乳歯	処置歯	本
	肥満傾向				未処置歯	本
脊柱			永久歯	処置歯	本	
胸郭				未処置歯	本	
皮膚疾患			その他の歯の疾病及び異常			
聴力	右		口腔の疾病及び異常			
	左		耳鼻咽喉頭疾患			
視力	右	()	眼の疾病及び異常			
	左	()	その他の疾病及び異常			
担当医師所見						
担当歯科医師所見						
事後措置	治療勧告					
	就学に関し 保健上必要な 助言					
その他						
備考						

身長 _____ cm
仙台市教育委員会