受付番号		区分	

（区分：使用する学校のみ）

新 入 学 児 健 康 診 断 事 前 調 査 票

保 護 者 様

帯 広 市 教 育 委 員 会

ふりがな 入学者氏名	

＜記 入 上 の 注 意＞

（1）1．の①、②及び2．の③、④は、該当事項を○で囲んでください。

（2）できるだけ詳しく記入してください。

1．身体状況	① 視 力	ア．普 通　イ．視力が少しおちている　ウ．視力が非常におちている			
	② 聴 力	ア．普 通　イ．きこえが少し悪い　ウ．きこえが非常に悪い			
	③ 肢 体 不自由	不自由なところ		その程度	
2．健康状況	①過去にかかったことのある病気	病名	何才のとき、病気の期間	その症状	
	②現在かかっている病気	病名	いつから病気になったか	現在の病状	病院名
	③現在の健康状態	ア．普 通　イ．発熱しやすい　ウ．かぜをひきやすい　エ．息切れをしやすい オ．疲れやすい　カ．頭痛をおこしやすい　キ．鼻血をだすことがしばしばある ク．腹痛をおこしやすい　ケ．のどがぜいぜいしている コ．のどが痛くなりやすい　サ．鼻汁が出やすい　シ．夜間にいびきをかく ス．夜尿をする　セ．その他（　　）			
	④アレルギー疾患	ア．気管支ぜん息　イ．アトピー性皮膚炎　ウ．アレルギー性鼻炎 エ．アレルギー性結膜炎　オ．食物アレルギー（原因食物　　） カ．アナフィラキシーショック（原因　　） キ．その他（　　）			
3．学校医の健康診断で特に注意して診察してほしいこと					
備考					