

No. \_\_\_\_\_

# 令和8年度新入学児童 保健調査票

新地町教育委員会

この調査は、お子さんがよりよい学校生活を送ることができるようにするために参考とするものです。調査の内容は、それ以外の目的に利用することはありません。また、これらの個人情報を第三者に提供することもありますので、できるだけ詳しくご記入くださるようお願いいたします。

## 1 児童について

|       |           |           |                   |    |   |   |   |
|-------|-----------|-----------|-------------------|----|---|---|---|
| 児童氏名  |           | 男 ・ 女     | 生年月日              | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 現住所   | 新地町       |           |                   |    |   |   |   |
| 保護者氏名 |           | 就学予定者との関係 |                   | 職業 |   |   |   |
| 連絡先   | 自宅        |           | 緊急時（日中に連絡がとれる連絡先） |    |   |   |   |
| 保護者住所 |           |           |                   |    |   |   |   |
| 保育歴   | 年 月 ～ 年 月 |           | 幼稚園 ・ こども園 ・ 保育所  |    |   |   |   |
|       | 年 月 ～ 年 月 |           | 幼稚園 ・ こども園 ・ 保育所  |    |   |   |   |

## 2 家族及び同居人について

|   | 家族・同居人氏名 | 年齢 | 性別 | 続柄 | 職業または勤務先（在学名） |
|---|----------|----|----|----|---------------|
| 1 |          |    |    |    |               |
| 2 |          |    |    |    |               |
| 3 |          |    |    |    |               |
| 4 |          |    |    |    |               |
| 5 |          |    |    |    |               |
| 6 |          |    |    |    |               |

## 3 お子さんの出生児について

- （1）新生児期（4週間以内）に異常がありましたか。  
はい（ ） ・ いいえ（ ）
- （2）出生時のお子さんの状況  
体重（ g ） 在胎期間（ 週 ） 双生児の場合（ ）卵生

## 4 予防接種について ※母子健康手帳の予防接種の記録を参考にして、記入してください。

| ワクチンの種類         | 接種年月日     | ワクチンの種類               | 接種年月日     | ワクチンの種類      | 接種年月日      |
|-----------------|-----------|-----------------------|-----------|--------------|------------|
| インフルエンザ菌b型（Hib） | 1回（ . . ） | B型肝炎                  | 1回（ . . ） | 麻疹・風しん       | 第1期（ . . ） |
|                 | 2回（ . . ） |                       | 2回（ . . ） |              | 第2期（ . . ） |
|                 | 3回（ . . ） |                       | 3回（ . . ） | 水痘           | 1回（ . . ）  |
|                 | 追加（ . . ） |                       | 2回（ . . ） |              | 日本脳炎       |
| 小児肺炎球菌          | 1回（ . . ） | ジフテリア百日せき破傷風ポリオ【四種混合】 | 2回（ . . ） | 2回（ . . ）    |            |
|                 | 2回（ . . ） |                       | 3回（ . . ） | 第1期追加（ . . ） |            |
|                 | 3回（ . . ） |                       |           |              |            |
|                 | 追加（ . . ） |                       | BCG       | 済（ . . ）     |            |

## 5 お子さんの身体の状態や病気について

- （1）今までにかかったことのある病気すべてに○をつけ、その他にあれば記入してください。  
（はしか・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・心臓病・腎臓病・川崎病・結核・ひきつけ・てんかん）  
その他（ ）
- （2）現在、医師に診てもらっている病気があれば記入してください。
- |    |             |
|----|-------------|
| 病名 | 現在の症状       |
|    | （使用している薬： ） |

## （3）アレルギー性の疾患があれば○を付け、症状について記入してください。

| アレルギー疾患名                                                                                                        | 治療  | 症状、服薬等                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------|
| ◇食物アレルギー（食品名： ）                                                                                                 | 有・無 | ※給食で配慮して欲しいことがあったら、記入してください。 |
| ※食物アレルギー有りの場合、下記に教えてください。<br>①食物アレルギー原因食品除去の医師の指示について（指示有り ・ 指示無し）<br>②自宅での食物アレルギー原因食品の除去について（除去している ・ 除去していない） |     |                              |
| ◇薬物アレルギー（ ）                                                                                                     | 有・無 |                              |
| ◇アトピー性皮膚炎                                                                                                       | 有・無 |                              |
| ◇気管支喘息                                                                                                          | 有・無 |                              |
| ◇その他（ ）                                                                                                         | 有・無 |                              |

## 6 お子さんの発育・発達について

|                                           |    |      |                                                 |
|-------------------------------------------|----|------|-------------------------------------------------|
| （1）発育について、該当するものに○をつけ、その他にあれば記入してください。    | 身体 | 特になし | 近視 ・ 弱視 ・ 斜視 ・ 難聴<br>その他（ ）                     |
|                                           | 動作 | 特になし | よくころぶ ・ うまく走れない ・ 多動<br>その他（ ）                  |
|                                           | 言葉 | 特になし | 発音が正しくできない ・ 単語だけを話す ・ どもる<br>ほとんど話さない ・ その他（ ） |
|                                           | 排泄 | 特になし | 夜尿症 ・ 昼間のおもらし ・ 回数が多い ・ 便秘<br>その他（ ）            |
| （2）気になる癖について、該当するものに○をつけ、その他にあれば記入してください。 |    | 特になし | 指しゃぶり ・ 爪かみ ・ 噛みつき<br>身体の一部をいじる ・ その他（ ）        |

## 7 お子さんは次のことができますか。

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| （1）一人でトイレを済ませることができる。（はい・いいえ） | （2）一人で服が着れ、靴がはける。（はい・いいえ） |
| （3）おはしが使える。（はい・いいえ）           | （4）はさみが使える。（はい・いいえ）       |
| （5）同じ年頃の子と遊ぶことができる。（はい・いいえ）   | （6）自分の名前が言える。（はい・いいえ）     |

## 8 その他心配なことや入学前に相談したいことがありましたら記入してください。

|  |
|--|
|  |
|--|

ご記入ありがとうございました。