

4 予防接種の記録・罹患状況

種類	記録	接種年月日等	罹患状況
BCG		17年11月20日	結核()歳
二種混合 (ジフテリア 破傷風)		()回接種	
三種混合 (ジフテリア			
四種混合 (ジフテリア			
ポリオ		(2)回接種 19年3月、19年6月	
麻疹 風疹 (MR)		18年5月、23年5月	
麻疹 (はしか) (M)		年 月、年 月	()歳
風疹 (三日はしか) (R)		年 月、年 月	()歳
日本脳炎		(2)回接種	
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		18年5月15日	()歳
水痘 (みずぼうそう)		18年7月10日	()歳
予防接種の副作用		有【症状:	(無)

接種していないものは「未接種」に丸をつけてください。
訂正がある場合は、二重線で消し、修正をお願いします。

副作用がない場合は、「無」に丸をつけてください。

5 現在の健康状態

※新年度の該当項目に○印及び必要事項をご記入ください。

項目	学年	小学校					中学校				
		1年	2年	3年	4年	5年	6年	1年	2年	3年	
全般	平熱 度	36.7℃	36.6℃	36.6℃	36.6℃						
	たびたび頭痛を訴える										
	たびたび腹痛を訴える										
	下痢をしやすい										
	便秘をしやすい										
	息切れや動悸がある										
	度々めまいや立ちくらみがする										
	のどがゼイゼイする、咳がよく出る										
眼科	じんましんや湿疹がしやすい										
	まぶたのふちがただれやすい										
	色の見え方や色使いが気になる										
	医者に近視、遠視、乱視その他何か言われたことがあれば記入してください										
耳鼻科	耳の聞こえが悪い 右 左										
	中耳炎をおこしやすい										
	鼻血がしやすい										
	扁桃炎を起こしやすい										
整形外科	発音がはっきりしない										
	背骨が曲がっている										
	腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある										
	腕、脚を動かすと痛みがある										
	腕、脚に動きの悪いところがある										
	片脚立ちが5秒以上できない										
しゃがみこみができない											
上記の症状について受診しましたか(整形)		有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無

各学年ごとに平熱の記入をお願いします。

受診がない場合は、「無」に丸をつけてください。