

※太線内を記入した上で、健康診断当日ご持参ください。

					健康診断年月日		令和 7 年 月 日		
※ 就学 予定 者	ふりがな			性別	※ 保 護 者	氏 名			
	氏 名					現 住 所			
	生年月日	平成 年 月 日生	年令	オ		電 話			
	現 住 所	川口市				就学予定者との関係			
※ 主な既往症									
※ 予防接種歴 (接種済みのもの すべてに○印)		①四種混合 (五種混合) 【 1 回目・2 回目・3 回目・追 加 】 ポリオ 【 接種あり 】 ※四種混合(五種混合)ではなく、ポリオや三種混合ワクチンを接種している場合に、○をつけてください。 三種混合 【 接種あり 】							
		②M R (麻しん風しん混合ワクチン) 【 1 期・2 期 】 ③日本脳炎 【 1 回目・2 回目・追 加 】 ④B C G 【 1 回 】 ⑤H i b 【 1 回目・2 回目・3 回目・追 加 】 ※接種開始時期により接種回数 ⑥肺炎球菌 【 1 回目・2 回目・3 回目・追 加 】 が異なります。 ⑦水 痘 【 1 回目・2 回目 】 ⑧B型肝炎 【 1 回目・2 回目・3 回目 】 ⑨おたふくかぜ(任意) 【 1 回目・2 回目 】 ※ 記入の際は、母子健康手帳をご確認ください。							
I 内 科	栄養状態	栄養不良		III 耳 鼻 科	耳 鼻 咽 頭 疾 患				
		肥満傾向							
	せき ちゅう 脊 柱				聴力測定	右			
						左			
きょう かく 胸 郭				IV 歯 科	う 歯	未処置		有 無	
皮 膚 疾 患						処 置		有 無	
II 眼 科	眼 の 疾 病 及 び 異 常				その他の歯の疾病及び異常				
	視力測定	右	()		こうくう 口腔の疾病及び異常				
		左	()						
V そ の 他	検 査		☐ 実施済						
	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									

※就学時健康診断票は裏面です

QR コードを読み取り、各言語（英語、中国語、韓国語、タガログ語、ベトナム語、トルコ語）の書式を見て、日本語の書式に書いてください。



英語

Please read the QR code, and fill in the form in Japanese by referring to a sample in English.

中国語

请扫描二维码，查看中文格式，然后在日文格式中填写。

韓国語

QR 코드를 읽고 한국어 서식을 보고 일본어 서식에 적어 주십시오.

タガログ語

Basahin ang QR code, tingnan ang format na Tagalog, at isulat sa Japanese na format.

ベトナム語

Vui lòng đọc mã QR, xem bản tiếng Việt và điền vào bản tiếng Nhật.

トルコ語

QR kodunu okutup Türkçe formata bakarak Japonca formatta yazınız.