**【児童の健康診断票】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | 入園日 | 年　　月　　日 |
| 性別 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健診年月日 | | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 身　長（ｃｍ） | |  |  |  |  |
| 体　重（ｋｇ） | |  |  |  |  |
| 胸　囲（ｃｍ）　　　　　　※ | |  |  |  |  |
| 頭　囲（ｃｍ）　　　　　　※ | |  |  |  |  |
| 栄養状況 | |  |  |  |  |
| 脊柱・胸部・四肢 | |  |  |  |  |
| 視力（３歳児未満不要） | 右 |  |  |  |  |
| 左 |  |  |  |  |
| 眼の疾病及び異常 | |  |  |  |  |
| 聴力（３歳児未満不要） | 右 |  |  |  |  |
| 左 |  |  |  |  |
| 耳鼻咽頭疾患 | |  |  |  |  |
| 皮膚疾患 | |  |  |  |  |
| 医師の意見 | |  |  |  |  |
| 健康診断を実施した医師の氏名 | | ㊞ | ㊞ | ㊞ | ㊞ |
| 歯及び口腔の疾病及び異常　＊ | |  |  |  |  |
| 結核の有無 | |  |  |  |  |
| 心臓の疾病及び異常の有無　※ | |  |  |  |  |
| 尿　　　　　　　　　　　　※ | |  |  |  |  |
| その他の疾病及び異常の有無※ | |  |  |  |  |
| 備　考 | |  |  |  |  |

※　実施されることが望ましい。

　　認可外保育施設の場合、実施しないことをもって「Ｂ判定・Ｃ判定」にはしない。

＊　歯科医師による健診が必要（歯・口腔用の健康診断票は、次のページに記載）

　　認可外保育施設の場合、実施しないことをもって「Ｂ判定・Ｃ判定」にはしない。

**【児童の健康診断票（歯・口腔）】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | 入園日 | 年　　月　　日 |
| 性別 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年齢 | 歯列・咬合 | 歯垢の状態 | 歯肉の状態 | 歯式 | | | | | | | | | | | | | | | | 歯の状態 | | | | | | その他の疾病及び異常 | 歯科医 | | 備考 |
| ・現在歯　　　　　　　　　　　（例　Ａ Ｂ）  ・う歯　　　　　　　　未処置歯　Ｃ  　　　　　　　　　　　処置歯　　○  ・喪失歯(永久歯)　　　　　　　　△  ・要注意乳歯　　　　　　　　　　×  ・要観察歯　　　　　　　　　　　ＣＯ | | | | | | | | | | | | | | | | 乳歯 | | | 永久歯 | | |
| 現在歯数 | 未処置歯数 | 処置歯数 | 現在歯数 | 未処置歯数 | 処置歯数 | 所見 | 月日 |
|  | 0  1  2 | 0  1  2 | 0  1  2 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  | 月  日 |  |
| 上  下 | | 右 | Ｅ | Ｄ | Ｃ | Ｂ | Ａ | Ａ | Ｂ | Ｃ | Ｄ | Ｅ | 左 | 上  下 | |
| Ｅ | Ｄ | Ｃ | Ｂ | Ａ | Ａ | Ｂ | Ｃ | Ｄ | Ｅ |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 担当医 | | | |  | | | | | |
|  | 0  1  2 | 0  1  2 | 0  1  2 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  | 月  日 |  |
| 上  下 | | 右 | Ｅ | Ｄ | Ｃ | Ｂ | Ａ | Ａ | Ｂ | Ｃ | Ｄ | Ｅ | 左 | 上  下 | |
| Ｅ | Ｄ | Ｃ | Ｂ | Ａ | Ａ | Ｂ | Ｃ | Ｄ | Ｅ |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 担当医 | | | |  | | | | | |
|  | 0  1  2 | 0  1  2 | 0  1  2 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  | 月  日 |  |
| 上  下 | | 右 | Ｅ | Ｄ | Ｃ | Ｂ | Ａ | Ａ | Ｂ | Ｃ | Ｄ | Ｅ | 左 | 上  下 | |
| Ｅ | Ｄ | Ｃ | Ｂ | Ａ | Ａ | Ｂ | Ｃ | Ｄ | Ｅ |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 担当医 | | | |  | | | | | |
|  | 0  1  2 | 0  1  2 | 0  1  2 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  | 月  日 |  |
| 上  下 | | 右 | Ｅ | Ｄ | Ｃ | Ｂ | Ａ | Ａ | Ｂ | Ｃ | Ｄ | Ｅ | 左 | 上  下 | |
| Ｅ | Ｄ | Ｃ | Ｂ | Ａ | Ａ | Ｂ | Ｃ | Ｄ | Ｅ |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 担当医 | | | |  | | | | | |
|  | 0  1  2 | 0  1  2 | 0  1  2 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  | 月  日 |  |
| 上  下 | | 右 | Ｅ | Ｄ | Ｃ | Ｂ | Ａ | Ａ | Ｂ | Ｃ | Ｄ | Ｅ | 左 | 上  下 | |
| Ｅ | Ｄ | Ｃ | Ｂ | Ａ | Ａ | Ｂ | Ｃ | Ｄ | Ｅ |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 担当医 | | | |  | | | | | |
|  | 0  1  2 | 0  1  2 | 0  1  2 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  | 月  日 |  |
| 上  下 | | 右 | Ｅ | Ｄ | Ｃ | Ｂ | Ａ | Ａ | Ｂ | Ｃ | Ｄ | Ｅ | 左 | 上  下 | |
| Ｅ | Ｄ | Ｃ | Ｂ | Ａ | Ａ | Ｂ | Ｃ | Ｄ | Ｅ |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 担当医 | | | |  | | | | | |