

受 検 者 健 康 診 断 票

新潟大学教育学部附属新潟小学校

※		受 検 番 号	※	
ふ り が な		男 ・ 女	生 年 月 日	平 成 年 月 日 生
受 検 者 氏 名				
身 長	. cm		栄 養 状 態	
体 重	. kg		脊 柱 注1	
聴 力 注3	右	左	胸 郭 注2	
尿 検 査	たんぱく () 糖 () 潜血 ()			
既 往 症 (現在, 治療や経過観察を受けているものも含める)	無 ・ 有			
	有の場合は下の該当項目を○で囲み, ()の中に病名等を記入する。その上で, 「◆学校生活において健康管理上必要な配慮や対応」の欄に記入すること。配慮や対応が不要の場合は, その旨を, 理由を付記して記載すること。			
・呼吸器疾患 ()		・神経性疾患, けいれん発作など ()		
・心臓疾患 ()		・結核などの感染性疾患 ()		
・腎疾患 ()		・言語障害 ()		
・皮膚疾患 ()		・四肢運動障害 ()		
・眼疾患 ()				
・心因性疾患 ()				
・アレルギー ()				
・その他の疾患, 障害 ()				
◆学校生活において健康管理上必要な配慮や対応 (どのような配慮や対応が必要かの詳細を記入する)				
診断の結果, 上記のとおり相違ないことを証明する。				
令和 年 月 日				
医療機関名				
所在地				
医師の氏名				

- 注意事項
- ① 保護者以外の医師による健康診断であること。
 - ② 学校生活において健康管理上, 配慮や対応が必要な疾患や障害がある場合は, 主治医による診断とすること。
 - ③ ※印のところは記入しないこと。
 - ④ この診断票は, 本校所定の封筒に入れ, 検査医に密封捺印してもらうこと。
 - ⑤ 記入もれのないようにし, 検査医の手による捺印を忘れないこと。
 - ⑥ 書類不備, 追加説明が必要な場合は再提出を求められることがある。
- 注1 視診, 触診による。
 注2 視診, 触診, 打診, 聴診による。X線は必要としない。
 注3 会話域でも可。