

就学时健康检查通知书

根据日本的《学校保健安全法》第 11 条，将对即将上学的孩子实施“就学时健康检查”，即“入学前体检”。 请确认您家孩子的检查时间和地点，按时前往检查。

2026 年 9 月 4 日

埼玉市教育委员会[㊤]

整理番号

※请检查信封内《2026 年度就学时健康检查日程一览》中整理番号（最后三位数）所对应的受理时间。

就学儿姓名
出生日期
检查日期
受理时间
地点
电话号码
注意事项

本通知书根据住民基本台账截至 8 月 28 日的登录信息制作而成。

- 1 健康检查当天请携带下列物品：
- (1) 就学时健康检查通知书（本通知书）

(2) 就学时健康检查表（请家长事先填好相关栏目。）

(3) 就学时健康检查调查表（请事先填好。）

(4) 《母子健康手帐》、书写文具

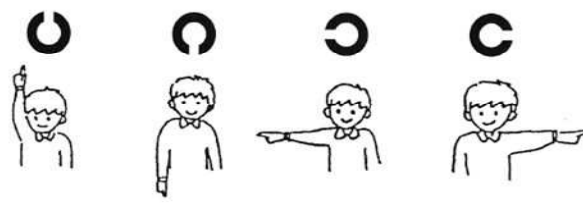
(5) 室内鞋、用来装脱下的鞋的塑料袋（就学的儿童不可穿拖鞋。）

(6) 手帕（上厕所等场合会用到，请让准备上学的孩子带上手帕。）
- 2 当天的流程和检查内容
- (1) 报到 到受理处报到并确认提交的文件

(2) 检查 视力、听力、内科、眼科、耳鼻科、齿科和简易智能检测

(3) 通知检查结果 经健康检查，如结论为“发现罹患疾病等情况”，建议在入学前到医院就诊或咨询。简易智能检测这一项，只有结论为“需商谈”的就学儿的家庭日后会收到教委寄发的通知。

- 3 指定学校的检查日当天，如果孩子身体不适，请不要前往检查。**请最晚在受理时间的1个小时前与校方联系。**随后的手续请等学校方面通知。
- 4 **如果不能在指定学校接受健康检查，请务必提前与学校方面联系。**如果在本市实施就学时健康检查之前就搬家，离开本市，请在搬迁后新家所在地政府指定的地方接受检查。
- 5 如计划让孩子就读国立或私立小学，也请根据本通知，到指定学校接受健康检查。如确定孩子将就读国立或私立学校，请务必尽快与接受健康检查的学校联系。
- 6 如果在健康检查日后因搬迁等原因而导致预定入学的学校发生变化，可通知原计划入学的学校。如果搬迁到市外，教育委员会将把孩子的健康检查结果转给新家所在地政府部门。
- 7 接受就学时健康检查之际的注意事项
 - (1) 让了解孩子平时情况及健康状况的家长带孩子前来。
 - (2) 若你家孩子在接受健康检查时有需要特别关照的地方，请事先跟校方商谈。
 - (3) 请严格遵守受理时间，但也别太早，提前到校的话，最多提前30分钟。
另外，请不要开车来校。
※另外，如遇台风等恶劣天气，请浏览市政府官网，确认检查是否会如期进行。
 - (4) 检查时，会让家长在学校的休息室等候，或陪伴在孩子身边。
 - (5) 各校健康检查的结束时间各有不同，请直接向学校询问。各校的联络事项也会刊登在市政府官网的主页上，请事先上网查询。
 - (6) 请让孩子穿着可自己穿脱的衣服（**不要让孩子穿连衣裙、肩带半身裙等上下相连的衣服**）。请务必在衣服上标注孩子的姓名。
 - (7) 因为要进行耳朵的检查，头发长的孩子请扎起头发，**把耳朵露出来**。
 - (8) 因为要进行牙科检查，请让孩子在检查前刷好牙。
 - (9) 健康检查时将会使用C字视力表（兰氏环形视力表）检查视力，请预先在家里练习一下。



就学时健康诊断的官方主页
(各校发布的联络事项
以及外语版的格式)



**有关就学时健康
检查的常见问题**



<<询问>>

内容	负责部门	TEL	传真
关于就学时健康诊断	学校教育部 健康教育课 保健系	048-829-1678	048-829-1990
关于学区和入学通知书	学校教育部 学事课 学务系	048-829-1648	
关于特别支援学校、特别支援班级及医疗性照护	向日葵特别支援教育商谈中心	048-623-5879	048-623-5979
	樱草特别支援教育商谈中心	048-810-5030	048-874-8522
关于放学后儿童俱乐部	放学后儿童课 运营支援系	048-829-1717	048-829-2516
关于“放学后大家的广场”	放学后儿童课 放学后对策系	048-829-1718	

※ 入学通知书将于明年1月下旬寄出。

就学时健康检查表

受付番号 番

整理番号			健康检查日期	年 月 日		
准备就学儿姓名	日语假名	男・女	公历	年 月 日出生 (岁)		
			〒 -			
家长姓名	日语假名	联系方法	座机			
			手机	关系 ()		
预防接种史	白百破灭活脊灰四联疫苗	年 月 /	年 月 /	年 月 /	年 月	
	白百破灭活脊灰 Hib 五联疫苗	年 月 /	年 月 /	年 月 /	年 月	
	卡介苗 (BCG) 乙型肝炎	(卡介苗) 年 月	(乙型肝炎) 年 月 /	年 月 /	年 月	
	麻疹/风疹	年 月 /	年 月			
	乙型脑炎	年 月 /	年 月 /	年 月		
	b型流感嗜血杆菌 (Hib)	年 月 /	年 月 /	年 月 /	年 月	
	小儿肺炎链球菌	年 月 /	年 月 /	年 月 /	年 月	
	水痘	年 月 /	年 月			
	轮状病毒	年 月 /	年 月 /	年 月		
主要病史						

就学时健康检查的结果如下

- 1 未发现有何异常
- 2 发现有疾病或观察结果有异常或疑有异常，建议在入学前去医院治疗或咨询。

视力	右	裸眼 A B C D	牙齿	龋齿	乳牙	处 理	无・有
		矫正(A B C D)			未处理	无・有	
	左	裸眼 A B C D			恒牙	处 理	无・有
		矫正(A B C D)			未处理	无・有	
眼睛的疾病及异常		疑有异常 无・有 结膜炎・眼位不正 (内・外) 眼睑缘炎・睫毛内翻・眼睑下垂 过敏性结膜炎・角膜炎 其他 ()	牙齿的其他疾病及异常		疑有异常 无・有 需注意乳牙・牙石・CO 早期蛀牙 需咨询 其他 ()		
听力		右	口腔疾病及异常		疑有异常 无・有 口腔疾患 其他 ()		
		左			疑有异常 无・有		
耳鼻咽喉疾病		营养状态		疑有异常 无・有 营养不良・肥胖			
				疑有异常 无・有 疑似脊柱侧弯・胸廓异常 其他 ()			
		脊柱・胸廓		疑有异常 无・有 特应性皮肤炎 其他 ()			
其他疾病及异常		皮肤疾病					
其他疾病及异常		疑有异常 无・有					
担当医师的观察结果							
担当牙医的观察结果							
事后处理	治疗劝告						
	有关就学的必要保健建议						
	其他						
备注							

就学时健康检查结果通知

尊敬的新入学儿童的家长暨监护人 年 月 日

准备就学儿姓名	日语假名	男・女	公历 年 月 日出生 (岁)	
		现住址	〒 - 埼玉市	
家长姓名	日语假名	联系方法	座机	关系 ()
			手机	
预防接种史	白百破灭活脊灰四联疫苗		年 月 / 年 月 / 年 月 / 年 月	
	白百破灭活脊灰 Hib 五联疫苗		年 月 / 年 月 / 年 月 / 年 月	
	卡介苗 (BCG)	乙型肝炎	(卡介苗) 年 月	乙型肝炎) 年 月 / 年 月 / 年 月
	麻疹/风疹		年 月 / 年 月	
	乙型肝炎		年 月 / 年 月 / 年 月	
	b型流感嗜血杆菌 (Hib)		年 月 / 年 月 / 年 月 / 年 月	
	小儿肺炎链球菌		年 月 / 年 月 / 年 月 / 年 月	
	水痘		年 月 / 年 月	
	轮状病毒		年 月 / 年 月 / 年 月	
主要病史				

就学时健康检查的结果如下

- 1 未发现有何异常
- 2 发现有疾病或观察结果有异常或疑有异常，建议在入学前去医院治疗或咨询。

视力	右	裸眼 A B C D	牙齿	龋齿	乳牙	处 理	无・有	
		矫正(A B C D)			未处理	无・有		
	左	裸眼 A B C D			恒牙	处 理	无・有	
		矫正(A B C D)				未处理	无・有	
眼睛的疾病及异常		疑有异常 无・有 结膜炎・眼位不正 (内・外) 眼睑缘炎・睫毛内翻・眼睑下垂 过敏性结膜炎・角膜炎 其他 ()		牙齿的其他疾病及异常		疑有异常 无・有 需注意乳牙・牙石・CO 早期蛀牙 需咨询 其他 ()		
听力		右	疑有听力异常 无・有		口腔疾病及异常		疑有异常 无・有 口腔疾患 其他 ()	
		左	疑有听力异常 无・有				疑有异常 无・有 营养不良・肥胖	
耳鼻咽喉疾病		疑有异常 无・有 鼻炎・慢性鼻炎・副鼻腔炎 扁桃腺肥大・过敏性鼻炎 疑似听觉不灵 ・耳垢栓塞 中耳炎 其他 ()		营养状态		疑有异常 无・有 脊柱・胸廓		
				脊柱・胸廓		疑有异常 无・有 疑似脊柱侧弯・胸廓异常 其他 ()		
				皮肤疾病		疑有异常 无・有 特应性皮肤炎 其他 ()		
其他疾病及异常		疑有异常 无・有						

注意事項

1. 如现在有疾病正在治疗，请按照主治医师的指示继续治疗。
2. 到医疗机构检查时，务请携带此表和 Myna 保险证（或“资格确认书”）。
3. 关于视力，建议检查结果为 B、 C 和 D 的孩子前去看眼科作检查。
A...1.0 以上 B...0.9 ~ 0.7 C...0.6 ~ 0.3 D...低于 0.3
4. 视力及听力的检查结果为“疑有异常”，也可能是因为孩子不习惯集体体检。不妨去医院检查或咨询一下。
5. 关于龋齿，有未处理牙的孩子建议看牙医作检查。
6. 预防接种中有未接种项目的孩子，请参照另一张《有关就学儿童定期预防接种的通知》
去常去诊所或者各区保健中心咨询，在入学前完成接种。
- 只有智能检测结果为“需商谈”的就学儿家庭才会收到教委日后寄发的通知。

就学时健康检查调查表

受付番号

准备 入学 儿 姓名	出生日期	公历	年	月	日	现住址	〒 -	
	(日语假名)						埼玉市	区
家长 姓名	(日语假名)	联系方法	家庭座机		- -			
			手机		- -			

请把符合孩子情况的项目数字圈起来。(例) ①麻疹

既往病史	1__麻疹 2__腮腺炎 3__水痘 4__风疹 5__结核病 6__癫痫 7__肺炎 8__在家里中毒 9__哮喘 10__过敏性鼻炎 11__中耳炎 12__听觉不灵 13__乙型脑炎 14__风湿热 15__特应性皮炎 16__斜视 / 弱视 17__恶性肿瘤 18__高热惊厥 19__其他 ()	
	1 过去有医生说孩子心脏有问题吗?有 没有 回答“有”的孩子1__经精密检查无异常 2__先天性心脏病 (病名:)《管理指导表》 3__其他心脏病 (病名:)《管理指导表》	
	2 过去有医生说孩子得了“川崎病”吗?有 没有 回答“有”的孩子1__发病已过去了5年以上, 医生表示不需要管理。 2__尚在治疗中, 或处于医学观察阶段.....《管理指导表》	
	3 此前曾被医生说过肾脏有异常?有 没有 回答“有”的孩子1__经精密检查无异常。《管理指导表》 2__急性肾炎《管理指导表》 3__慢性肾炎.....《管理指导表》 4__肾病症候群《管理指导表》 5__其他 (病名:)《管理指导表》	
如果属于《管理指导表》对应的项目, 请提前与校方联系, 在就学时健康检查当天领取《学校生活管理指导表》空白表格。携带表格去为孩子看病的医院, 请主治医生诊断并填写表格, 在开学前将医生填好的表格交给学校。		
体质等	1__经常感冒 2__经常腹泻 3__经常便秘 4__常会不舒服 5__经常呕吐 6__容易晕车 7__容易疲劳 8__脸色不好 9__突然站起来或长时间站着常会头晕 10__心悸气喘 11__经常发生脑贫血 12__常发湿疹或荨麻疹 13__伤口容易化脓	
	1__浓鼻涕多 2__鼻塞 3__容易出鼻血 4__常咳嗽 5__连续打喷嚏 6__嗓音嘶哑 7__扁桃腺常常发炎	
	过敏体质 食 物 () 花 粉 () 其 他 ()	
担心的事	1__有口吃的情况 (结巴) 2__听觉不灵 (难以听清) 3__发音有错误 (有的音不能正确发音, 有的发音让人难以听清) 4__心神不定 5__智能发育似乎有点迟缓 6__身体有轻微残障 7__严重偏食 8__其他 ()	
现在是否在治疗某种疾病		不是 是()
特别希望校方了解孩子的以下情况		