

就 学 時 健 康 診 断 票

						健康診断 年 月 日			
就 学 予 定 者	ふりがな	-----		性別	男女	保 護 者	氏 名		
	氏 名							現 住 所	
	生年月日	年	月	日生	年 齡			就学予定者 との関係	
	現 住 所								
主 な 既 往 歴						食物アレルギー の有無	有 ・ 無		
予 防 接 種		インフルエンザ菌 b 型 (H i b) 小児肺炎球菌 B型肝炎 ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ B C G 麻疹・風しん (第 1 期 第 2 期) 水痘 日本脳炎							
栄 養 状 態	栄養不良			耳 鼻 咽 頭 疾 患					
	肥満傾向								
脊 柱				皮 膚 疾 患					
胸 郭									
視 力	右	()		歯	う 歯	な し			
	左	()				あ り			
聴 力	右				その他の歯の疾病及び異常				
	左								
眼の疾病及び異常				口腔の疾病及び異常					
その他の疾患及び異常									
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									