

# 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		年齢			現住所	
	生年月日	年 月 日生				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 <sup>きん がた</sup> 菌 b 型 (H i b)      小児肺炎球菌 <sup>しょうにはいえんきゅうきん</sup> B型肝炎 <sup>がたかんえん</sup> ジフテリア <sup>ひやくにち</sup> ・百日せき <sup>はしやうふう</sup> ・破傷風 <sup>はしやうふう</sup> ・ポリオ      B C G 麻疹 <sup>ましん</sup> ・風しん <sup>ふうしん</sup> (第 1 期 第 2 期)      水痘 <sup>すいとう</sup> 日本脳炎 <sup>にほんのうえん</sup>					
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				歯	その他の歯の疾病及び異常	
	左						
眼の疾病及び異常 <sup>め</sup>					口腔 <sup>くわう</sup> 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							