

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・風疹 (第1期 第2期) 水痘 日本脳炎					
栄 養 状 態	栄養不良		耳鼻咽喉頭疾患				
	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							