

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	年齢			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 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					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							