

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 ^{きん がた} 菌b型（H i b） 小児肺炎球菌 ^{しょうにはいえんきゅうきん} B型肝炎 ^{がたかんえん} ジフテリア ^{ひやくにち} ・百日せき ^{はしゅうふう} ・破傷風 ^{はしゅうふう} ・ポリオ B C G 麻疹 ^{ましん} ・風しん ^{ふうしん} （第1期 第2期） 水痘 ^{すいとう} 日本脳炎 ^{にほんのうえん}						
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							
め 眼の疾病及び異常				くう 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								