

# 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 <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			皮 膚 疾 患				
脊 柱				皮 膚 疾 患				
胸 郭				皮 膚 疾 患				
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>				口腔の疾病及び異常 <sup>くわう</sup>				
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								