

就学時健康診断票

太枠内をご記入ください

		健康診断 年月日		令和6年10月24日				
就学 予定 者	ふりがな	あまがさき はなこ		性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>			
	氏名	尼崎 花子			保	氏名	尼崎 太郎	
	生年月日	平成30年 9月 1日生	年齢		6	護	現住所	左と同じ
	現住所	尼崎市三反田町1丁目1番1号			者	就学予定者 との関係	父	
主な既往歴		なし			食物アレルギー の有無	<input checked="" type="radio"/> 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		BCG				
		麻疹・風しん (第1期 第2期)		水痘	日本脳炎			
栄養 状態	栄養不良			耳鼻咽喉疾患				
	肥満傾向							
脊柱				皮膚疾患				
胸郭								
視力	右	()		菌	う 菌	なし		
	左	()				あり		
聴力	右			その他の菌の疾病及び異常				
	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								