

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7年10月15日					
就 学 予 定 者	ふりがな	あまがさき はなこ		性別	男 ☐ 女 ☒	保 護 者	氏 名	尼 崎 太 郎	
	氏 名	尼 崎 花 子					現 住 所	左と同じ	
	生年月日	令和元 年 9 月 1 日生					年齢	6	
	現 住 所	尼崎市三反田町1丁目1番1号					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	☒ 有 ・ 無		
予 防 接 種		インフルエンザ菌b型(HiB) 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 頭 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			菌	その他の菌の疾病及び異常				
	左								
め 眼の疾病及び異常				く 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									