

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29日				
就学 予定 者	ふりがな	あまがさき はなこ		性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>			
	氏名	尼崎 花子			保 護 者	氏名	尼崎 太郎	
	生年月日	平成30年 9月 1日生	年齢			6	現住所	左と同じ
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無		
予 防 接 種		インフルエンザ菌b型 (H i b) <small>しゅうにはいえんきゅうきん</small> 小児肺炎球菌 <small>がたかんえん</small> B型肝炎 ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ <small>BCG</small> 麻疹・風しん (第1期 第2期) <small>すいとう</small> 水痘 <small>にほんのうえん</small> 日本脳炎						
栄 養 状 態	栄養不良			耳鼻咽喉頭疾患				
	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								