

記入例

就学時健康診断票

太枠内のみお書き下さい

健康診断
年月日 令和6年10月7日

就学 予定 者	氏名	尼崎 花子	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	保 護 者	氏名	尼崎 太郎	
	生年月日	平成30年7月1日生	年齢	6		現住所	同左	
	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					食物アレルギー の有無		なし	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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 麻しん・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				
	肥満傾向			歯				
脊 柱				母子手帳等で確認し、○ 印をおつけください。				
胸 郭								
視 力	右	()		う 歯	なし			
	左	()			あり			
聴 力	右			必ず <u>A4</u> サイズで印刷し て下さい。				
	左							
目の疾病及び異常								
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								