

# 就学時健康診断票

						健康診断 年月日			
就学 予 定 者	氏名				性別	男女	保 護 者	氏名	
	生年月日	年	月	日生	年齢			現住所	
	現住所							就学予定者 との関係	
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      B C G 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 咽 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								
目の疾病及び異常					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									