

## 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="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>			
	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="checkbox"/> 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				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								