

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		令和〇年〇月〇日		
就 学 予 定 者	ふりがな	あまがさき はなこ		保 護 者	氏 名	尼 崎 太 郎
	氏 名	尼 崎 花 子			性 別	男 女
	生年月日	令和〇年 〇月 〇日生			年 齢	6
	現 住 所	尼崎市三反田町1丁目1番1号			現 住 所	左と同じ
				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	()		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					
め 眼の疾病及び異常				くう 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						