

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8年10月5日		
就 学 予 定 者	ふりがな	あまがさき はなこ		性 別	男 女	保 護 者	氏 名	尼 崎 太 郎
	氏 名	尼 崎 花 子					現 住 所	左と同じ
	生年月日	令和2年9月1日生		年 齢	6		就学予定者 との関係	父
	現 住 所	尼崎市三反田町1丁目1番1号						
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 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								