

## 就 学 時 健 康 診 断 票

太枠内をご記入ください

|                       |                       |                                                                                  |  |            |     |                   |               |         |  |
|-----------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--|------------|-----|-------------------|---------------|---------|--|
|                       |                       | 健康診断<br>年 月 日                                                                    |  | 令和7年10月24日 |     |                   |               |         |  |
| 就<br>学<br>予<br>定<br>者 | ふりがな                  | あまがさき はなこ                                                                        |  | 性 別        | 男 女 | 保<br>護<br>者       | 氏 名           | 尼 崎 太 郎 |  |
|                       | 氏 名                   | 尼 崎 花 子                                                                          |  |            |     |                   | 現 住 所         | 左と同じ    |  |
|                       | 生年月日                  | 令和元 年 9 月 1 日生                                                                   |  |            |     |                   | 年 齢           | 6       |  |
|                       | 現 住 所                 | 尼崎市三反田町1丁目1番1号                                                                   |  |            |     |                   | 就学予定者<br>との関係 | 父       |  |
| 主 な 既 往 歴             |                       | なし                                                                               |  |            |     | 食物アレルギー<br>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<br>ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ BCG<br>麻疹・風しん(第1期 第2期) 水痘 日本脳炎 |  |            |     |                   |               |         |  |
| 栄 養<br>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                     | ( )                                                                              |  |            |     | う 歯               | な し           |         |  |
|                       | 左                     | ( )                                                                              |  |            |     |                   | あ り           |         |  |
| 聴 力                   | 右                     |                                                                                  |  |            |     | 歯                 | 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<br>後<br>措<br>置      | 治療勧告                  |                                                                                  |  |            |     |                   |               |         |  |
|                       | 就学に関し<br>保健上必要<br>な助言 |                                                                                  |  |            |     |                   |               |         |  |
|                       | そ の 他                 |                                                                                  |  |            |     |                   |               |         |  |
| 備 考                   |                       |                                                                                  |  |            |     |                   |               |         |  |