

# 就 学 時 健 康 診 断 票

						健康診断 年 月 日	令和6年10月11日(金)		
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 齡			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	<del>( )</del>		歯	う 歯	な し			
	左	<del>( )</del>				あ り			
聴 力	右	<del>( )</del>		歯	その他の歯の疾病及び異常				
	左	<del>( )</del>							
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									