

就 学 時 健 康 診 断 票

						健康診断 年 月 日			
就学予定者	ふりがな			性別	男女	保 護 者	氏 名		
	氏 名							現 住 所	
	生年月日	年	月	日生	年 齡			就学予定者 との関係	
	現 住 所								
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			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					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									