

太枠内をご記入ください。

記入例

就 学 時 健 康 診 断 票

|                       |                       |                                                                                      |  |     |     |                |               |       |  |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|-----|----------------|---------------|-------|--|
|                       |                       |                                                                                      |  |     |     | 健康診断<br>年 月 日  | 令和5年10月3日     |       |  |
| 就<br>学<br>予<br>定<br>者 | 氏 名                   | 尼崎 花子                                                                                |  | 性 別 | 男 女 | 保 護 者          | 氏 名           | 尼崎 太郎 |  |
|                       | 生年月日                  | 平成29年7月1日生                                                                           |  | 年 齢 | 6   |                | 現 住 所         | 同 左   |  |
|                       | 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（H i b）<br>ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ<br>麻しん・風しん（第1期 第2期）<br>小児肺炎球菌 BCG<br>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                     |                                                                                      |  |     |     |                |               |       |  |
| 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<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                   |                       |                                                                                      |  |     |     |                |               |       |  |