

書き入れ方の例

(4月から学校に入る子について)

太枠内を書いてください

就学時健康診断票

健康診断年月日 令和6年10月24日

|                |                    |                    |    |  |  |           |       |
|----------------|--------------------|--------------------|----|--|--|-----------|-------|
| 就学予定者          | 氏名                 | あまがさき はなこ<br>尼崎 花子 | 性別 | 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/> | 保護者との関係  | 氏名        | 尼崎 太郎 |
|                | 生まれた日              | 平成30年9月1日生         | 年齢 | 6  |  | 現住所       | 左と同じ  |
|                | すんでいる場所            | 尼崎市三反田町1丁目1番1号     |    |  |  | 就学予定者との関係 | 父     |
| これまでのにかかった主な病気 | なし                 |                    |    | アレルギー  | アレルギー <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |           |       |
| 予防接種           | インフルエンザ菌b型 (H1N1)  |                    |    | 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               |                    |    |  | 耳鼻咽喉頭疾患  |           |       |
|                | 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             |                    |                    |    |  |  |           |       |