

記入例

就学時健康診断票

太枠内をご記入ください

		健康診断 年月日		令和6年10月24日				
就学 予定 者	ふりがな	あまがさき はなこ		性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>			
	氏名	尼崎 花子			保 護 者	氏名	尼崎 太郎	
	生年月日	平成30年 9月 1日生	年齢			6	現住所	左と同じ
	現住所	尼崎市三反田町1丁目1番1号				就学予定者 との関係	父	
主な既往歴	なし			食物アレルギー の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無		
予防接種	インフルエンザ菌b型 (H1N1) <small>（第1期 第2期）</small> <span style="margin-left: 20px;">小児肺炎球菌</span> <span style="margin-left: 20px;">B型肝炎</span> ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ <span style="margin-left: 20px;">BCG</span> 麻疹・風しん <span style="margin-left: 20px;">水痘</span> <span style="margin-left: 20px;">日本脳炎</span>							
栄養 状態	栄養不良							
	肥満傾向							
脊柱					耳鼻咽喉疾患			
胸郭					皮膚疾患			
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								