

就学時健康診断票

太枠内をご記入
ください。

記入例

		健康診断 年月日		R〇. 10. 〇	
就学 予定 者	氏名	尼崎 花子		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	生年月日	令和〇年 〇月 〇日生		年齢	6
	現住所	尼崎市三反田町 1 丁目 1 番 1 号			
		氏名		尼崎 太郎	
		現住所		同 左	
		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="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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 (<input checked="" type="radio"/> 第 1 期 <input type="radio"/> 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	()		菌	う 歯
	左	()			
聴 力	右			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 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					