

# 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			年齢			現住所		
	生年月日	年	月	日生			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      B C G 麻疹・風疹 (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									