

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 (H i b) <small>しゅうにはいえんきゅうきん</small> 小児肺炎球菌 <small>がたかんえん</small> B型肝炎 ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ <small>ひやくにち</small> BCG 麻疹・風しん (第1期 第2期) <small>すいとう</small> 水痘 <small>にほんのうえん</small> 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									