

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 ^{きん がた} 菌 b 型 (H i b) 小児肺炎球菌 ^{しょうにはいえんきゅうきん} B型 ^{がたかんえん} 肝炎 ジフテリア ^{ひやくにち} ・百日せき ^{はしやうふう} ・破傷風 ^{はしやうふう} ・ポリオ B C G 麻疹 ^{ましん} ・風しん ^{ふうしん} (第 1 期 第 2 期) 水痘 ^{すいとう} 日本脳炎 ^{にほんのうえん}						
栄 養 状 態	栄養不良			耳 鼻 咽 頭 疾 患				
	肥満傾向			皮 膚 疾 患				
脊 柱				皮 膚 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 ^め				口腔の疾病及び異常 ^{くわう}				
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								