

太枠内をご記入ください。

記入例

就 学 時 健 康 診 断 票

					健康診断 年 月 日		令和 8 年 10 月 16 日	
就学 予 定 者	氏 名	尼崎 花子		性 別	男 女	保 護 者	氏 名	尼崎 太郎
	生年月日	令和 2 年年 7 月 1 日生		年 齢	6		現 住 所	同 左
	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		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 麻しん・風しん (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	()			う 歯	な し		
	左	()				あ り		
聴 力	右				歯	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								