

就学時健康診断票

						健康診断 年月日	令和6年10月2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型肝炎 ^{がたかんえん} ジフテリア ^{ひやくにち} ・百日せき ^{ひしょうふう} ・破傷風 ^{はしょうふう} ・ポリオ B C G 麻疹 ^{ましん} ・風疹 ^{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			耳鼻咽喉頭疾患				
	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								