

# 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					現住所		
	生年月日	年 月 日生	年齢			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								