

# 就学時健康診断票

						健康診断 年月日	令和6年10月17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 <sup>きん がた</sup> 菌b型 (H i b)      小児肺炎球菌 <sup>しょうにはいえんきゅうきん</sup> B型肝炎 <sup>がたかんえん</sup> ジフテリア <sup>ひやくにち</sup> ・百日せき <sup>はしやうふう</sup> ・破傷風 <sup>はしやうふう</sup> ・ポリオ      B C G 麻疹 <sup>ましん</sup> ・風しん <sup>ふうしん</sup> (第1期 第2期)      水痘 <sup>すいとう</sup> 日本脳炎 <sup>にほんのうえん</sup>						
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 <sup>くわう</sup> 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								