

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 ^{きん がた} 菌 b 型 (H i b) 小児肺炎球 ^{しょうにはいえんきゅうきん} 菌 B ^{がたかんえん} 型肝炎 ジフテリア・百日 ^{ひやくにち} せき・破傷 ^{はしょうふう} 風・ポリオ B C G 麻 ^ま しん・風 ^{ふう} しん (第 1 期 第 2 期) 水痘 ^{すいとう} 日本 ^{にほんのうえん} 脳炎 その他 ()					
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 ^め の疾病及び異常				口 ^く 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						