

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					氏 名		
	生年月日	年 月 日生	年 齢			現 住 所		
	現 住 所					就学予定者 との関係		
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・百日せき ^{ひやくにち} ・破傷風 ^{はしょうふう} ・ポリオ B C G 麻疹 ^{ましん} ・風しん ^{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 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				歯	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								