

記入例

就学時健康診断票

太枠内をご記入ください

		健康診断 年月日		令和6年10月24日				
就学 予定 者	ふりがな	あまがさき はなこ		性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>			
	氏名	尼崎 花子			保 護 者	氏名	尼崎 太郎	
	生年月日	平成30年 9月 1日生	年齢			6	現住所	左と同じ
	現住所	尼崎市三反田町1丁目1番1号				就学予定者 との関係	父	
主な既往歴	なし			食物アレルギー の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無		
予防接種	インフルエンザ菌b型 (H i b) <small>しょうにはいえんきゅうきん</small> 小児肺炎球菌 <small>がたかんえん</small> B型肝炎 ジフテリア <small>ひやくにち</small> ・ 百日せき <small>はしやうふう</small> ・ 破傷風 <small>BCG</small> ・ ポリオ <small>BCG</small> 麻疹 <small>ま</small> しん <small>ふう</small> ・ 風しん (第1期) <small>すいとう</small> 水痘 <small>にほんのうえん</small> 日本脳炎							
栄養 状態	栄養不良							
	肥満傾向	耳鼻咽喉頭疾患						
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								