

# 就学時健康診断票

						健康診断 年月日	令和3年10月27日
就学 予定者	氏名			性別	男女	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 麻しん・風しん (第1期 第2期)      水痘      日本脳炎					
栄養 状態	栄養不良			耳鼻咽喉疾患			
	肥満傾向			皮膚疾患			
脊 柱							
胸 郭							
視 力	右	(            )		う 歯	な し		
	左	(            )			あ り		
聴 力	右			歯	その他の歯の疾 病及び異常		
	左						
目の疾病及び異常				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							

尼崎市教育委員会  
(R3. 改定)