

太枠内をご記入ください。

記入例		診断票			健康診断 年月日		令和3年10月1日	
子		性別	男女		氏名		尼崎 太郎	
生		年齢	6		現住所		同 左	
定者	現住所	尼崎市三反田町1丁目1番1号			保護者	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	有 ・ 無		
予防接種		インフルエンザ菌b型(Hib) 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 BCG 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							
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								