

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5年10月12日 | |
| 就学 予定 者 | 氏名 | 尼崎 花子 | 性別 | 男女 | 氏名 | 尼崎 太郎 |
| | 生年月日 | 平成29年7月1日生 | 年齢 | 6 | 現住所 | 同左 |
| | 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 | 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 | | | 耳鼻咽頭疾患 | | |
| | 肥満傾向 | | | | 皮膚疾患 | |
| 脊柱 | | | | 歯 | | なし |
| 胸郭 | | | | | う歯 | あり |
| 視力 | 右 | () | | その他の歯の疾病及び異常 | | |
| | 左 | () | | | | |
| 聴力 | 右 | | | 口腔の疾病及び異常 | | |
| | 左 | | | | | |
| 目の疾病及び異常 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |