

# 就 学 時 健 康 診 断 票

						健康診断 年 月 日	令和4年10月6日		
就学予定者	氏 名			性 別	男 女	保 護 者	氏 名		
	生年月日	年	月	日	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 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									