

就学時健康診断票

						健康診断 年月日	令和3年10月28日			
就学予定者	氏名				性別	男女	保 護 者	氏名		
	生年月日	年	月	日生	年齢			現住所	尼崎市	
	現住所	尼崎市						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		ポリオ BCG 3種混合（百日咳、ジフテリア、破傷風） 日本脳炎 麻疹Ⅰ期・Ⅱ期 風疹Ⅰ期・Ⅱ期 MR（麻疹風疹混合ワクチン）（Ⅰ期・Ⅱ期） Hib 肺炎球菌 水痘								
栄養状態	栄養不良				耳 鼻 咽 頭 疾 患					
	肥満傾向									
背 柱					皮 膚 疾 患					
胸 郭					歯 数	う 乳 歯	乳 歯	処 置		
視 力	右	()						歯 数	永久歯	未処置
	左	()				歯 数	永久歯			処 置
聴 力	右							歯 数	永久歯	未処置
	左					その他の歯の疾病及び異常				
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										