

就 学 時 健 康 診 断 票

A

						健康診断 年 月 日	令和8年10月 日
就 学 予 定 者	ふりがな		性 別	男 女	保 護 者	氏 名	
	氏 名					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 ^{きん がた} 菌b型（H i b） ジフテリア ^{ひやくにち} ・百日せき ^{はしやうふう} ・破傷風 ^{はしやうふう} ・ポリオ 麻疹 ^{ましん} ・風しん ^{ふうしん} （第1期 第2期） 小児肺炎球菌 ^{しょうにはいえんきゅうきん} B型肝炎 ^{がたかんえん} B C G 水痘 ^{すいとう} 日本脳炎 ^{にほんのうえん}					
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						
め 眼の疾病及び異常				くう 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							