

就 学 時 健 康 診 断 票

太線の中のみ、
ご記入ください。

						健康診断 年 月 日	令和〇年 〇月 〇日	
就 学 予 定 者	ふりがな	つかぐち はなこ	性 別	男 ☒ 女	保 護 者	氏 名	塚口 太郎	
	氏 名	塚口 花子				現 住 所	児童と同じ	
	生年月日	H・ ☒ 元年〇月〇日生	年 齢	6 歳		就学予定者 との関係	父	
	現 住 所	尼崎市塚口町4丁目38番地の1 スク ール塚口101		食物アレルギー の有無		有 ・ ☒ 無		
主 な 既 往 歴		特になし						
予 防 接 種		インフルエンザ ^{きん がた} 菌b型 (H i b) 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} ジフテリア・百日 ^{ひやくにち} せき・破傷 ^{はしょうふう} 風・ポリオ B C G 麻疹 ^{ましん} ・風 ^{ふう} しん (第1期 第2期) 水痘 ^{すいとう} 日本脳炎 ^{にほんのうえん}					母子手帳をご覧に なり、接種済みの ものに〇をつけて ください。	
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							
眼 ^め の疾病及び異常				口 ^く 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								