

就 学 時 健 康 診 断 票

					健康診断 年 月 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	
	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			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						