

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		BCG 4種混合（百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ） 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							
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								