

※受付で記入します
番号

就学時健康診断票

						健康診断 年月日	令和 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	()			う 歯	な し	
	左	()				あ り	
聴 力	右				歯	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							

※受付で記入します
番号

記入例

就学時健康診断票

太枠内をご記入ください。

				健康診断 年月日		令和4年10月18日					
就学 予定 者	氏名	尼崎 花子		性別	男	女	保 護 者	氏名	尼崎 太郎		
	生年月日	平成27年7月1日生		年齢	6			現住所	同 左		
	現住所	尼崎市三反田町1丁目1番1号							就学予定者 との関係	父	
主な既往歴		なし				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 BCG 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	()		う 歯	なし						
	左	()			あり						
聴 力	右			歯	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											