

太枠内をご記入ください。

記入例

就学時健康診断票

*名簿番号

健康診断
年月日 令和3年10月27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(Hib) 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				耳鼻咽喉疾患		
	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						
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							