

# 就学時健康診断票

|            |                   |  |  |     |                   |               |           |  |
|------------|-------------------|--|--|-----|-------------------|---------------|-----------|--|
|            |                   |  |  |     |                   | 健康診断<br>年 月 日 |           |  |
| 就学予定者      | 氏 名               |  |  | 性 別 | 男 女               | 保<br>護<br>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<br>ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ                      B C G<br>麻しん・風しん（第1期 第2期）                      水痘                      日本脳炎 |  |     |                   |               |           |  |
| 栄 養<br>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<br>保健上必要な助言 |  |  |     |                   |               |           |  |
|            | そ の 他             |  |  |     |                   |               |           |  |
| 備 考        |                   |  |  |     |                   |               |           |  |