

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 | | | | | | 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 | | | | | | | | |