

就学時健康診断票

						健康診断 年月日	令和5年10月4日	
就学予定者	ふりがな				性別	男女	ふりがな	
	氏名						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				耳鼻咽喉頭疾患			
	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								

※就学時健康診断票と就学時健康診断結果のお知らせは、両面印刷ではなく、1部ずつ印刷、記入していただきお持ちください。