

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 その他 （ ）					
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				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							