

太枠内をご記入ください。

記入例

就 学 時 健 康 診 断 票

					健康診断 年 月 日		令和5年10月23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28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（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 麻疹・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	予防接種の欄については、母子手帳等を確認してご記入ください。						
	肥満傾向							
脊 柱						耳 鼻 咽 頭 疾 患		
胸 郭						皮 膚 疾 患		
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								