

# 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		耳鼻咽喉疾患				
	肥満傾向						
脊 柱		皮 膚 疾 患					
胸 郭							
視 力	右	(                      )	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							