

記入例

就学時健康診断票

太枠内のみお書き下さい

健康診断
年月日 令和4年10月18日

就学予定者	氏名	尼崎 花子	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	保護者	氏名	尼崎 太郎
	生年月日	平成27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					食物アレルギーの有無		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
予防接種		インフルエンザ菌b型 (Hib)		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		BCG	日本脳炎		
		麻しん・風しん (第1期 第2期)		水痘			
栄養状態	栄養不良			耳鼻			
	肥満傾向			歯			
脊柱				母子手帳等で確認し、○印をおつけください。			
胸郭							
視力	右	()		う歯	なし		
	左	()			あり		
聴力	右			必ず <u>A4</u> サイズで印刷して下さい。			
	左						
目の疾病及び異常							
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							