

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 | | 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 頭 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 | | | | | | | |