

# 就学時健康診断票

記入例

太枠内のみお書き下さい。

健康診断 年月日		令和2年 11月10日					
就学 予定 者	氏名	〇〇 〇〇	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	保 護 者	氏名	〇〇 〇〇
	生年月日	平成26年5月5日生	年齢	6		現住所	尼崎市〇〇町〇-〇-〇号室
	現住所	尼崎市〇〇町〇-〇-〇号室				就学予定者との関係	〇〇
主な既往歴		*あればお書き下さい。			食物アレルギーの有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 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	母子手帳等で確認し、 ○印をお付け下さい。					
	肥満傾向						
脊 柱							
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						