**就学時健康診断票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※太枠の中のみご記入ください。 | | | | | | | | | | 健康診断  年月日 | | 令和３年１０月１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（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  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 | |  | | 耳鼻咽頭疾患 | | | |  | |
| 肥満傾向 | |  | |
| 脊柱 | | | | |  | | 皮膚疾患 | | | |  | |
| 胸郭 | | | | |  | |
| 視力 | | | | 右 | （　　　　　） | | 歯 | う歯 | | | なし | |
| 左 | （　　　　　） | | あり | |
| 聴力 | | | | 右 |  | | 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 | | | | |  | | | | | | | |

尼崎市教育委員会

（Ｒ３．改定）