**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）