

# 就学時健康診断票

						健康診断 年月日	令和4年10月14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（H i b）                      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	(                      )		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							