

就 学 時 健 康 診 断 票

太枠内をご記入ください

		健康診断 年 月 日		令和7年10月7日				
就 学 予 定 者	ふりがな	あまがさき はなこ		保 護 者	氏 名	尼 崎 太 郎		
	氏 名	尼 崎 花 子			性 別	男 女	女	
	生年月日	令和元 年 9 月 1 日生			年 齢	6	現 住 所	左と同じ
	現 住 所	尼崎市三反田町1丁目1番1号			就学予定者 との関係		父	
主 な 既 往 歴		なし			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 麻疹・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			歯	その他の歯の疾病及び異常			
	左							
眼の疾病及び異常				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								