

記入例

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4年10月3日
就学 予 定 者	氏 名	尼崎 花子		性 別	男 女	保 氏 名	尼崎 太郎
	生年月日	平成28年7月1日生		年 齢	6	護 現住所	同 左
	現住所	尼崎市三反田町1丁目1番1号				者 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（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 B C G 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							