

就 学 時 健 康 診 断 票

					健康診断 年 月 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 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	()			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							