

就 学 時 健 康 診 断 票

						健康診断 年 月 日	令和 7 年 1 0 月 3 日
就 学 予 定 者	ふりがな		性 別	男 女	保 護 者	氏 名	
	氏 名					氏 名	
	生年月日	平成・令和 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 ^{きん} 菌 ^{がた} b型 (H i b) 小児肺炎球菌 ^{しょうにはいえんきゅうきん} B型肝炎 ^{がたかんえん} ジフテリア・百日せき ^{ひやくにち} ・破傷風 ^{はしょうふう} ・ポリオ B C G 麻疹 ^{ましん} ・風しん ^{ふうしん} (第 1 期 第 2 期) 水痘 ^{すいとう} 日本脳炎 ^{にほんのうえん}					
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						
め 眼の疾病及び異常				く 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							