

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 (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		耳鼻咽喉疾患				
	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						
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							