

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7年10月29日	
就 学 予 定 者	ふりがな	あまがさき はなこ		性 別	男 女	保 護 者	氏 名	尼崎 太郎
	氏 名	尼崎 花子					現 住 所	同 左
	生年月日	令和1年7月1日生		年 齢	6		就学予定者 との関係	父
	現 住 所	尼崎市三反田1丁目1番1号						
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 麻疹・風しん (第1期 第2期) 水痘 日本脳炎 その他 ()						
栄 養 状 態	栄養不良	予防接種の欄については、母子手帳等を確認してご記入ください。						
	肥満傾向			耳鼻咽喉疾患				
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				くう 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								