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 その他 （　　）						

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					

尼崎市教育委員会

（Ｒ３．改定）