

記入例

就 学 時 健 康 診 断 票

太枠内のみお書き下さい

健康診断
年 月 日

令和7年10月3日

就学 予定者	氏 名	尼崎 花子	性 別	男 女	保 護 者	氏 名	尼崎 太郎
	生年月日	令和元 年7月1日生	年 齢	6		現 住 所	同 左
	現 住 所	尼崎市三反田町1丁目1番1号				就学予定者 との関係	父
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					
栄 養 状 態	栄養不良			耳 鼻	母子手帳等で確認し、○ 印をおつけください。		
	肥満傾向			虫			
脊 柱							
胸 郭							
視 力	右	()		う 歯	な し		
	左	()			あ り		
聴 力	右			必ず <u>A4</u> サイズで印刷し て下さい。			
	左						
目の疾病及び異常							
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							