

就 学 時 健 康 診 断 票

						健康診断 年 月 日		
就 学 予 定 者	ふりがな		性別	男女	保 護 者	氏 名		
	氏 名					現 住 所		
	生年月日	年 月 日生	年 齡			就学予定者 との関係		
	現 住 所							
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 がた} 菌 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 ^{ひやくにち} ・百日せき ^{はしやうふう} ・破傷風 ^{はしやうふう} ・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							
眼の疾病及び異常 ^め					口腔 ^{くわう} 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								