

就学時健康診断票

太枠内をご記入ください（裏面あり）

健康診断 年 月 日		指定学校名		通知書番号	
就学 予定 者	氏 名				性 別
	現 住 所				生 年 月 日
保 護 者	氏 名				就学予定者 との関係
	現 住 所				
主 な 既 往 症 (今までにかかった病気が あれば番号に○をつけて ください。)		(1) はしか (2) 風しん (3) 水ぼうそう (4) おたふくかぜ (5) ぜんそく (6) 川崎病 (7) アトピー性皮膚炎 (8) アレルギー性鼻炎 (9) 結核 (10) 心臓病 (11) 腎臓病 (12) その他 ()			
予 防 接 種 (今までに受けた予防接種 の回数等に○をつけて ください。)		Hib (1回目・2回目・3回目・追加) 小児肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) B型肝炎 (1回目・2回目・追加) 四種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) BCG (未・済) MR (1期・2期) 水痘 (1回目・追加) 日本脳炎 (1回目・2回目・追加)			
栄養状態	栄養不良			耳 鼻 咽 頭 疾 患 いん	
	肥満傾向				
せき 脊	柱			皮 膚 疾 患	
胸	郭			歯 う 齲 歯 数 乳 歯 処 置 未処置 永久歯 処 置 未処置 そ の 他 の 歯 の 疾 病 及 び 異 常	
視	力 右 左	{ }			
聴	力 右 左				
眼の疾病及び異常					
その他の疾病及び異常				口 腔 の 疾 病 及 び 異 常 くわう	
担 当 医 師 所 見					
担 当 歯 科 医 師 所 見					
事後 措置	治 療 勸 告				
	就学に関し保健上 必要な助言				
	そ の 他				
備 考					