

※就学予定者・保護者の欄をご記入ください。

第 1 号様式(用紙 日本産業規格 A 4 縦型)(第 4 条関係)

就学時健康診断票

										健康診断日		令和 年 月 日	
就学予定者	氏 名			性 別				保護者	氏 名				
	生年月日			令和 年 月 日生		年 齢 歳			現 住 所			福岡県糟屋郡志免町	
	現 住 所			福岡県糟屋郡志免町					就学予定者との関係				
主 な 既 往 症													
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 麻しん・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 咽 頭 疾 患					
		肥満傾向											
脊 柱						皮 膚 疾 患							
胸 郭						う 齲 歯 数		乳 歯		処 置			
視 力		右		()				未処置					
		左		()				処 置					
聴 力		右						永久歯		未処置			
		左											
眼 の 疾 病 及 び 異 常						そ の 他 の 歯 の 疾 病 及 び 異 常							
口 腔 の 疾 病 及 び 異 常													
その他の疾病及 び 異 常													
担当医師所見													
担 当 歯 科 医 師 所 見													
事 治 療 勸 告													
後 就 学 に 関 し 保 健 上 必 要 な 助 言													
置 そ の 他													
備 考													