

就学時健康診断票

						健康診断 年 月 日	令和3年10月27日
就学予定者	ふりがな 氏名		性別	男・女	保 護 者	氏名	
	生 年 月 日		年 月 日	生 年 齡		現 住 所	
	現 住 所					就学予定の 者との係 関	
主 な 既 往 歴							
予 防 接 種 ポリオ BCG 3種混合 (ジフテリア、百日咳、破傷風) 4種混合 (ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ) MR (麻しん、風しん) I期・II期 日本脳炎 Hib 肺炎球菌 水痘							
栄 養 状 態		栄 養 不 良 肥 満 傾 向			耳 鼻 咽 頭 疾 患		
せき 脊 柱				皮 膚 疾 患			
胸 郭				歯 数	乳 歯	処 置	
視 力	右	()			未 処 置		
	左	()			永 久 歯	処 置	
聴 力	右				未 処 置		
	左			その他の歯の疾病及び異常			
眼の疾病及び異常				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 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							