

就 学 時 健 康 診 断 票						健康診断年月日					
就 学 予 定 者	フリガナ				性 別			保 護 者	氏 名		
	氏 名				年 齢	歳	月		現 住 所		
	生 年 月 日										
	現 住 所				就学予定者との関係						
主 な 既 往 症 (病名と時期)											
予 防 接 種 (・ 済んでいるものに○をつけて下さい。 (・ 母子健康手帳の予防接種の記録をご確認下さい。)		ヒブ (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4) 、小児用肺炎球菌 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4) 、B型肝炎 (1 ・ 2 ・ 3) 四種混合1期 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加) 、B C G 麻しん風しん混合 (1 ・ 2) 、水痘 (1 ・ 2) 、日本脳炎1期 (1 ・ 2 ・ 追加)									
栄 養 状 態		栄 養 不 良 肥 満 傾 向			耳 鼻 咽 頭 疾 患						
脊 柱				皮 膚 疾 患							
胸 郭				う 乳 歯 歯 数 永 久 歯				処 置			
視 力	右	裸眼	矯正 ()	歯	乳 歯			未処置			
	左	裸眼	矯正 ()		永 久 歯			処 置			
聴 力	右			歯	永 久 歯			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 勧 告										
	就学に関し保健上必要な助言										
	そ の 他										
備 考											