

受付 番号		区分	
----------	--	----	--

(区分:使用する学校のみ)

就 学 時 健 康 診 断 票

保護者記入欄

					健康診断年月日		令和 年 月 日		
就学 予定者	ふりがな					保 護 者	ふりがな		
	氏 名			性別	男 女		氏 名		
	生年月日			平成 年 月 日	年齢		才	現住所	
	現住所						就学予定者 との関係		
主な既往症									
予 防 接 種 <small>※接種したものに○</small> BCG 4種混合 (ポリオ、百日咳、ジフテリア、破傷風) [麻しん・風しん I期・II期] 日本脳炎 Hib 肺炎球菌 水痘 B型肝炎									
栄養状態	栄養不良			耳 鼻 咽 頭 疾 患					
	肥満傾向			皮 膚 疾 患					
脊 柱					歯 数	齲 乳 歯	処 置		
胸 郭							未処置		
視 力	右	()				永 久 歯	処 置		
	左	()					未処置		
聴 力	右				その他の歯の 疾病及び異常				
	左								
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 見 所									
担 当 歯 科 医 師 見 所									
事 後 措 置	治 療 告 勸 告								
	就学に関し 保健上必要 な 助 言								
	そ の 他								
備 考									