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 ※接種したものに○	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　その他（　　）						

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	齲歯数	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							

帯広市教育委員会