

就学時健康診断票

下記太線枠内のみ記入してください。

健康診断年月日

令和 年 月 日

就学 予定 者	氏名		性別	男 / 女	保 護 者	氏名		
	生年月日		年齢			就学予定者 との関係		
	現在の住所					現在の 住所	☐ 就学予定者と同じ	
主な既往歴								
予防接種歴		※ 接種済のものには”済”に○を、未接種の場合は”未”に○を記入してください。						
		インフルエンザ菌b型(Hib)	1回目(済・未) 2回目(済・未) 3回目(済・未) 追加(済・未)					
		※五種混合を接種されている場合はインフルエンザb型(Hib)の欄は記入不要です。						
		小児用肺炎球菌	1回目(済・未) 2回目(済・未) 3回目(済・未) 追加(済・未)					
		B型肝炎	1回目(済・未) 2回目(済・未) 3回目(済・未)					
※五種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・インフルエンザ菌b型(Hib))、四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)又は、三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)欄には、該当する方に○をつけてください。		()五種混合 1期	1回目(済・未) 2回目(済・未) 3回目(済・未) 追加(済・未)					
		()四種混合 1期						
		()三種混合 1期						
		ポリオ(生ワクチン)		1回目(済・未) 2回目(済・未)				
		ポリオ(不活化ワクチン)		1回目(済・未) 2回目(済・未) 3回目(済・未) 追加(済・未)				
		※五種混合、四種混合を接種されている場合はポリオの欄は記入不要です。						
		BCG		(済・未)				
		麻しん風しん混合(MR)		第1期(済・未) 第2期(済・未)				
		麻しん		(済・未)				
		風しん		(済・未)				
		※MR接種済みの場合は不要						
水痘		1回目(済・未) 2回目(済・未)						
日本脳炎(1期)		1回目(済・未) 2回目(済・未) 追加(済・未)						
おたふくかぜ		1回目(済・未) 2回目(済・未)						
栄養状態	栄養不良			耳鼻咽喉頭疾患				
	肥満傾向							
脊柱				皮膚疾患				
胸郭				歯	う 歯 数	乳歯	処置	
視力	右	()				永久歯	未処置	
	左	()					処置	
聴力	右					未処置		
	左				その他の歯の疾病等			
眼の疾病等					口腔の疾病等			
その他の疾病等								
担当医師所見								
担当歯科医所見								
事後 措置	治療勧告							
	保健上必要な助言							
	その他							
備考								