

就学時健康診断票

学校名：那須塩原市立				学校		健康診断年月日		令和		年	月	日		
就学 予定者	ふりがな			性別	男・女	保護者	ふりがな							
	氏名						氏名							
	生年月日	令和 年 月 日生		年齢			現住所							
	現住所	那須塩原市					就学予定者との関係							
保育園・幼稚園名						自宅電話番号								
身長		. cm		体重		. kg		携帯電話番号						
主な既往歴 (該当に○をつける)		ぜんそく・心臓障害・麻しん(はしか)・風しん・水ぼうそう・気管支炎・中耳炎・てんかん その他() ・ 上記疾病の既往歴なし												
食物アレルギー		無・有 →有の場合、給食における除去食、代替食を希望しますか？(する・しない)												
予防接種	予防接種の種類		接種日											
			1回目			2回目			3回目			4回目		
	ヒブ		年 月 日			年 月 日			年 月 日			年 月 日		
	小児用肺炎球菌		年 月 日			年 月 日			年 月 日			年 月 日		
	4種混合		年 月 日			年 月 日			年 月 日			年 月 日		
	BCG		年 月 日											
	麻しん・風しん		年 月 日			年 月 日								
	日本脳炎		年 月 日			年 月 日			年 月 日					
	水痘		年 月 日			年 月 日								
	おたふくかぜ		年 月 日											
	B型肝炎		年 月 日			年 月 日			年 月 日					
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 数	齲 歯	乳 歯	処置					
視 力	右	()			歯			永久 歯	未処置					
	左	()							処置					
聴 力	右	()						歯	永久 歯	未処置				
	左	()					その他の歯の疾患及び異常							
眼の疾患及び異常						口腔の疾患及び異常								
その他の疾患及び異常														
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		担当者名 ()												