

一時就学健康診断書

※診断にかかる費用は、自己負担となります。

保護者記入欄			
ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
滞在先住所 連絡先	()様方 連絡先: ()		
就学予定校	学校		
生年月日	年 月 日	学 年	年
予防接種	これまでに受けた予防接種を○で囲んでください。 BCG ジフテリア・百日せき・破傷風混合【I期1回 2回 3回 追加】 ポリオ【1回 2回】 麻しん(はしか) 風疹(三日はしか) 日本脳炎【I期1回 2回 追加】 MR(麻しん・風しん)II期		

医療機関記入欄			
身長	cm	体重	kg
血圧	mmHg ~ mmHg	栄養状態	良 ・ 不良
1 問題なし 2 要指導 3 要観察 4 身体要精密 5 精神要精密 6 複合要精密 7 要治療 8 加療中 9 要訪問	診 察 所 見	①栄養状態 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> やせ ②呼吸器系 <input type="checkbox"/> 喘息 () <input type="checkbox"/> その他 () ③循環器系 <input type="checkbox"/> 心雑音 () <input type="checkbox"/> 先天性心疾患 () <input type="checkbox"/> その他 () ④神経・感覚器 <input type="checkbox"/> 視覚異常 () <input type="checkbox"/> 斜視 () <input type="checkbox"/> 近視 () <input type="checkbox"/> 遠視 () <input type="checkbox"/> その他 ()	⑤皮膚 <input type="checkbox"/> 湿疹 () <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 ⑥けいれんの既往 (最終: 歳時) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん () <input type="checkbox"/> その他 () ⑦発達上の所見 <input type="checkbox"/> 運動 () <input type="checkbox"/> 精神 () <input type="checkbox"/> 言語 () <input type="checkbox"/> 行動・情緒 () ⑧形態上の所見 <input type="checkbox"/> 脊椎 () <input type="checkbox"/> 胸郭 () ⑨その他 <input type="checkbox"/> その他 () ⑩既往症 ()
医師の所見			
健康診断の結果は上記の通りです。 令和 年 月 日 住所 医師 (印)			