

# 幼稚園就園時健康診断票

※太線の枠内は保護者が記入してください。

住 所	本部町字		
氏 名	(ふりがな)		
	( 男 ・ 女 )		
生 年 月 日	平成	年	月 日 生 ( 歳 )
脊 柱			
胸 郭			
眼 の 疾 病 及 び 異 常			
耳 鼻 咽 喉 疾 患			
皮 膚 疾 患			
口 腔 の 疾 病 及 び 異 常			
心 臓 及 び そ の 他 の 疾 病 異 常			
主 な 既 応 性			
(担当医所見)			
<input type="checkbox"/> 健 康 ( 特 に 問 題 あ り ま せ ん )			
<input type="checkbox"/> そ の 他 ( )			
(医療機関名) 上記のとおり診断します。			
令和 年 月 日			
⑩			
事後措置	① 治 療 勸 告		
	② 就園に関し保健上必要な助言		
	③ 特別支援学校等への就園		
	④ そ の 他		