

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	(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)		
(医療機関名) 上記のとおり診断します。		
年 月 日		
印		
事後措置	① 治療勧告	
	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	

本部町教育委員会