

※굵은선 안을 기입한 후, 건강검진 당일 지참해주세요

건강검진 연월일					년 월 일		
※ 취학 예 정 자	후리가나		성 별	남	성 명		
	성 명			여			
	생년월일	헤세이 레이와	년 월 일	연령	세	현 주 소	
	현 주 소	가와구치시				취학예정자와의 관계	

※ 주요 기왕증

※ 예방접종력
(접종한 것은
모두 ○표)

①4 종혼합 (5 종혼합) 【 1 회 · 2 회 · 3 회 · 추가 】
 폴 리 오 【 접종했음 】 } ※ 4 종혼합 (5 종혼합)이 아니라 폴리오나
 3 종 혼 합 【 접종했음 】 } 3 종 혼 합 백신을 접종한 경우에 ○를 해주세요.
 ②M R (홍역 풍진 혼합백신) 【 1 기 · 2 기 】
 ③일본뇌염 【 1 회 · 2 회 · 추가 】
 ④B C G 【 1 회 】
 ⑤H i b 【 1 회 · 2 회 · 3 회 · 추가 】 } ※접종 시작 시기에 따라
 ⑥폐렴구균 【 1 회 · 2 회 · 3 회 · 추가 】 } 접종횟수가 달라집니다
 ⑦수 두 【 1 회 · 2 회 】
 ⑧B 형간염 【 1 회 · 2 회 · 3 회 】
 ⑨유행성이하선염(볼거리)(임의) 【 1 회 · 2 회 】
 ※ 기입할 때는 모자건강수첩을 확인해 주십시오.

I 내 과	영양상태	영양불량 비만경향		III 후 과 이 비 인	귀 코 목 머리 질환		
	척 추				시력측정	우 좌	
	흉 광			IV 치 과	충치	미처치	유 무
	피부질환					처 치	유 무
II 안 과	눈의 질병 및 이상			치 과	기타 치아의 질병 및 이상		
	시력측정	우 좌	() ()		구강 질병의 이상		
V 기타	검 사		□ 실시 했음				
	기타 질병 및 이상						
담당의사 소견							
담당치과의사 소견							
사후 처치	치 료 권 고						
	취학에 관한 보건상 필요한 조언						
	기 타						
비 고							