

第1号样式 就学时健康诊断票

NO. _____

※请填写黑框内的项目，并在健康检查的当天携带此表格。

				健康診断年月日		令和	年	月	日
※就学预定者	平假名				性別	男			
	姓名					女			
	出生日期	平成	年	月	日	年齢			
	現住所	川口市			才				
※主要的既往病历									
※ 预防接种记录 (请在所有已接种疫苗上画○)		<p>①四种混合 (五种混合)【第一次・第二次・第三次・追加】 脊髓灰质炎【已接种】 } ※已接种的是脊髓灰质炎疫苗或三种混合疫苗， 三种混合【已接种】 } 而不是四种混合(五种混合)疫苗时，请画圈。</p> <p>②M R (麻疹和风疹混合疫苗)【1期・2期】</p> <p>③日本脑炎【第一次・第二次・追加】</p> <p>④卡介苗【只有一次】</p> <p>⑤H i b【第一次・第二次・第三次・追加】 } *根据开始接种的时期 ⑥肺炎球菌【第一次・第二次・第三次・追加】 } 不同，接种的次数有所不同。</p> <p>⑦水痘【第一次・第二次】</p> <p>⑧乙型肝炎【第一次・第二次・第三次】</p> <p>⑨流行性腮腺炎(任意)【第一次・第二次】</p> <p>※ 填写的时候，请确认母子健康手册。</p>							
I 内 科	营养状况	营养不良			III 耳 鼻 科	耳鼻咽喉疾病			
		肥胖倾向				听力检查	右		
	脊椎			IV 歯 科	齲齿		未处理	有	無
	胸廓					处理	有	無	
II 眼	眼部疾病及异常			齒科	齒科的其他疾病及异常				
	視力測定	右	()		口腔疾病及异常				
		左	()						
V 其 他	检查	<input type="checkbox"/> 已实施							
	其他疾病及异常								
主治医师意见									
齿科医师意见									
事后 措施	治疗建议								
	与就学相关的健康建议								
	其他								
备注									