

*Lütfen kalın çizgiyle çevrili alanları doldurarak sağlık muayenesi günü yanınızda getiriniz.

NO.

					Muayene tarihi		(Yıl)/ (Ay)/ (Gün)		
※ Okula başlayacak öğrenci	Hiragana			Cinsi yet	Erkek	※ Veli	Soyad - Ad		
	Soyad - Ad						Kadın		
	Doğum tarihi	(Yıl)/ (Ay)/ (Gün)		Yaş	Yaş			Güncel Adres	
	Mevcut Adres	Kawaguchi-shi						Telefon numarası	
※ Başlıca geçirilmiş hastalıklar									
※ Aşı geçmişi (Yaptırılmış olan tüm aşıları ○ ile işaretleyiniz.)		① Dörtlü Karma Aşı (Beşli Karma Aşı) 【 1.kez • 2.kez • 3.kez • ek doz 】 Çocuk felci 【Aşı yapılmış】 Üçlü karma aşı 【Aşı yapılmış】 *Dörtlü karma aşı (beşli karma aşı) değil, çocuk felci veya üçlü karma aşılarının yapıldığı durumda, yuvarlak içine alınız. ② MR aşısı (Kızamık-kızamıkçık karma aşısı) 【 1.bölüm • 2.bölüm 】 ③ Japon ensefaliti 【 1.kez • 2.kez • ek doz 】 ④ BCG 【 1 kez 】 ⑤ Hib 【 1.kez • 2.kez • 3.kez • ek doz 】 ⑥ Pnömonokok 【 1.kez • 2.kez • 3.kez • ek doz 】 ⑦ Suçiçeği 【 1.kez • 2.kez 】 ⑧ Hepatit B 【 1.kez • 2.kez • 3.kez 】 ⑨ Kabakulak (İsteğe bağlı) 【 1.kez • 2.kez 】 ※ Aşıya başladığınız zamana göre aşı sayısı değişir. ※ Bu kağıdı doldururken, Anne ve Çocuk Sağlığı El Kitabı kontrol ediniz							
I Dahiliye	Beslenme durumu	Yetersiz beslenme		III Kulak Burun Boğaz	Kulak, burun ve yutak hastalıkları				
		Obezite eğilimi			İşitme testi	sağ		sol	
	Omurga			IV Diş hekimliği		Çürük	Tedavi edilmemiş	var	yok
	Göğüs kafesi				Tedavi edilmiş		var	yok	
II Oftalmoloji	Göz hastalıkları ve bozuklukları			Diş hekimliği	Diğer diş hastalıkları ve anormallikler				
	Görme keskinliği ölçümü	Sağ	()		Ağız hastalıkları ve anormallikler				
		Sol	()						
V Diğer	Muayene		☐ Yapıldı						
	Diğer hastalıklar ve anormallikler								
Muayene eden doktorun görüşü									
Diş hekiminin görüşü									
Sonraki işlemler	Tedavi önerisi								
	Okula başlama ile ilgili sağlık açısından gerekli tavsiyeler								
	Diğer								
Açıklamalar									