

記入が完了している方から、受付番号を配布します。ご了承ください。
スムーズな進行のため、ご協力をお願いいたします。

就学時健康診断票									
健康診断年		月		日					
予備 氏名	氏 名					性別		男・女	
	生年月日		年 月 日		年齢				
保護 氏名	氏 名					就学時住所 との関係			
	現住所								
ここからは記入しないでください。									
内 科		疾 患							
栄養状態		栄養不良							
		肥満傾向							
管		柱							
腕		骨							
皮膚		疾 患							
視 力		右		A 1.0以上 C 0.6~0.3		B 0.9~0.7 D 0.3未満			
		左		A 1.0以上 C 0.6~0.3		B 0.9~0.7 D 0.3未満			
(眼鏡：有) 眼鏡の有無に○を つけて記入。									
眼の疾病及び異常									
聴 力		オージオメー		右		左			
耳鼻咽喉科疾患									
歯	う歯数	乳 歯		処 置		本 数			
		永久歯		処 置		本 数			
		その他		処 置		本 数			
	その他の歯疾								
口腔の疾病及び異常									
その他の歯疾及び異常									
担当医師 姓 名									
担当歯科医師 姓 名									
治療		診 察							
就学に関し保健上必要と認む									
そ の 他									
備 考									

令和 年 月 日

新田区教育委員会

就学時健康診断の結果について

本日の健康診断の結果を下記のとおりお知らせいたします。

記

就学予定者名			
(注)次の欄に「○」または「△」を記入し、検査結果を記入する。入學の日までに専門医の受診をお願いします。 特に乳歯のむし歯を放置しておくや永久歯のはえ方にも影響します。放置せずに必ず治療を受けるようにしてください。			
診療科目	受診の有無	所 見	
内 科	要		
栄 養 状 態	要		
骨 柱 病 変	要		
皮 膚	要		
眼	要		
視力 (※) (眼鏡：有)	右	要	A B C
左	要	A B C D	
耳・鼻・のど	要		
聴 力	右	要	よく聞こえない・不明
左	要	よく聞こえない・不明	
歯	要		
む し 歯	乳 歯	未処置歯数 (本)	
	永 久 歯	未処置歯数 (本)	
そ の 他			

(※)視力 A 1.0以上 B 0.9～0.7 C 0.6～0.5 D 0.3未満