

健康診断書(保育所・幼稚園 入所児童用)

児童の基本情報(保護者記入)

住 所	北中城村
(ふりがな) 氏 名	(男・女)
生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)
身 長 ・ 体 重	(cm) ・ (kg)

予防接種履歴(保護者記入)

※ 母子(親子)健康手帳と問診からわかる範囲で、記入してください。
※ この表にある予防接種は、お子さんの体調をみながら早めに接種するようにしましょう。

BCG		済 (年 月 日) ・ 未接種		1回目	済 (年 月 日) ・ 未接種
DPT-IPV (四種混合) 又は DPT (三種混合)	1回目	済 (年 月 日) ・ 未接種	日本脳炎	2回目	済 (年 月 日) ・ 未接種
	2回目	済 (年 月 日) ・ 未接種		追加	済 (年 月 日) ・ 未接種
	3回目	済 (年 月 日) ・ 未接種		その他(接種済を記載)	
	I 期追加	済 (年 月 日) ・ 未接種	かかった疾患		
MR (麻しん・ 風しん混合)	1回目	済 (年 月 日) ・ 未接種	麻しん ・ 風しん ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ		
	2回目	済 (年 月 日) ・ 未接種	その他:		

健康状態(医師記入)

内 科 疾 患	無 ・ 有 (詳細:)
筋 骨 格 系 疾 患	無 ・ 有 (詳細:)
皮 膚 疾 患	無 ・ 有 (詳細:)
眼 疾 患	無 ・ 有 (詳細:)
耳 鼻 咽 喉 疾 患	無 ・ 有 (詳細:)
ア レ ル ギ ー	無 ・ 有 (詳細:) ※ 有の方は、別途アレルギー指示書(指定様式 担当医記入)を提出して下さい。
そ の 他 伝 染 病	無 ・ 有 (詳細:)
一 般 診 察 所 見	

本児の身体・発達状況より、集団保育に (適 ・ 不適) です。
理由:

上記のとおり診断しました。

年 月 日

医療機関名:

医師名:

印