

健康診断書(入園時)

【保護者記入欄】

ふりがな	性別	生年月日
児童名	男 / 女	年 月 日 (歳 ヶ月)
住 所		

今までかかったことのある病気(該当するものに✓印) □1.心臓病 □2.腎臓病 □3.肝臓病 □4.髄膜炎 □5.ぜんそく □6.自家中毒証 □7.麻疹 □8.風疹 □9.水痘 □10.おたふくかぜ □11.百日咳 □12.溶連菌感染症 □13.中耳炎 □14.結核 □15.川崎病 □16.肺炎 □17.ヘルニア □18.脱臼 □19.その他()	□小児麻疹(ポリオ)Ⅰ・Ⅱ □BCG □百日咳・ジフテリア・破傷風 □日本脳炎(基礎・追加) □MRワクチン (ⅠⅠ・ⅠⅡ・ⅠⅢ・Ⅱ) □おたふくかぜ (麻疹・風疹混合)Ⅰ・Ⅱ □水ぼうそう □インフルエンザ
予防接種の済んだもの(該当するものに✓印) □その他	

【医師記入欄】

身長	cm	胸囲	cm	体重	kg
----	----	----	----	----	----

聴診栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 所見有()
脊椎・胸部	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見有()
眼の疾病及び異常	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見有()

耳鼻咽喉頭疾患	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見有()
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見有()
その他疾病及び異常	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見有()

医師所見	<input type="checkbox"/> 健康 □()
集団保育	可 / 不可 ()

上記診断の通り相違ないことを証明します。

年 月 日

【所在地】

【医療機関名】

※入園前に母子手帳持参のうえ、健康診断を受けてください

【医師名】

印