



# 健康診断書 (入所時)

## ▶保護者事前記入欄

ふりがな		生年月日		
児童名	(男・女)	平成	年	月 日
住所	〒			

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

## ▶医師記入欄

身長		特記事項・その他所見
	cm	
体重		
	kg	
胸囲		
	cm	
尿検査		

上記診断の通り相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所在地  
医療機関名  
医師名



※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。