

健康診断書(保育所入所申込用)

住 所： 本部町字

氏 名： ( 男 ・ 女 )

生年月日： 年 月 日生 ( 満 歳 )

内科疾患	
皮膚疾患	
運動機能障害	
その他	
集団保育	

上記のとおり診断する。

診察年月日 令和 年 月 日

医療機関名

医師の氏名

印

予防接種歴(保護者の方がご記入下さい。)

(母子手帳と問診から分かる範囲で、受けていなければ接種の勧めをお願い致します。)

対象疾病		接種状況		既にかかった疾患
DPT-IPV (ジフテリ ア・百日せ き・破傷風・ ポリオ)	1期 初回	1回目	済み(平成 年 月 日)	未接種
		2回目	済み(平成 年 月 日)	未接種
		3回目	済み(平成 年 月 日)	未接種
		1期追加	済み(平成 年 月 日)	未接種
麻疹風疹混合(MR)1期			済み(平成 年 月 日)	未接種
BCG			済み(平成 年 月 日)	未接種
日本脳炎	初回	1回目	済み(平成 年 月 日)	未接種
		2回目	済み(平成 年 月 日)	未接種
		1期追加	済み(平成 年 月 日)	未接種
水痘 (みずぼうそう)		1回目	済み(平成 年 月 日)	未接種
		2回目	済み(平成 年 月 日)	未接種
ヒブ	初回	1回目	済み(平成 年 月 日)	未接種
		2回目	済み(平成 年 月 日)	未接種
		3回目	済み(平成 年 月 日)	未接種
		追加	済み(平成 年 月 日)	未接種
小児用肺炎 球菌	初回	1回目	済み(平成 年 月 日)	未接種
		2回目	済み(平成 年 月 日)	未接種
		3回目	済み(平成 年 月 日)	未接種
		追加	済み(平成 年 月 日)	未接種
その他			済み(平成 年 月 日)	未接種

○印をつけて下さい

麻しん  
百日咳  
流行性耳下線炎  
その他  
( )