

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： 平成 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 平成 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	〇印をつけて下さい 麻疹 百日咳 流行性耳下線炎 その他 ()
		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	