

健康診断書（保育所入所申込用）

入所児童	住 所	本部町		
	(ふりがな) 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)	身 長	cm
			体 重	kg
医師所見	内科疾患	なし ・ あり ()		
	皮膚疾患	なし ・ あり ()		
	目疾患	なし ・ あり ()		
	運動機能障害	なし ・ あり ()		
	アレルギー等	なし ・ あり ()		
	既往歴及び現在治療中 疾患または所見			
集団保育に（ 1 適 2 不適 ）です。 （該当するものに○）				
<p style="text-align: center;">上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">診察年月日 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">医療機関名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">医師の氏名 印</p>				

※修正等がある場合は、修正箇所にも二重線を引き、訂正印をお願いいたします。

※障害児保育を希望する場合、既往歴及び現在治療中疾患または所見に記入がある場合で配慮(支援)が必要と思われる場合等は、別途「診断書及び意見書」の提出が必要となる場合があります。

【保護者記入欄】健康診断を受ける前に親子手帳を確認の上、記入してください。

■予防接種歴（該当するものに、☑してください。）

○肺炎球菌 (□1回 □2回 □3回 □追加終了 □未)	または
○四種混合 (□1回 □2回 □3回 □追加 □未)	} 五種混合(□1回 □2回 □3回 □追加 □未)
○ヒブ (□1回 □2回 □3回 □追加終了 □未)	
○ロタテック (□1回 □2回 □3回 □未) または	○タリックス (□1回 □2回 □未)
○B型肝炎 (□1回 □2回 □3回 □未)	
○BCG (□未 □済)	
○日本脳炎 (□1回 □2回 □追加 □未)	
○MR (麻疹・風疹) (□未 □済)	
○水ぼうそう (□1回 □2回 □未)	

■すでにかかった病気に○を付けてください。

①麻しん ②百日咳 ③流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）

④その他疾患 ()

⑤アレルギー ()

⑥その他 ()