

入園・入所時健康診断書

令和 年 月 日

《保護者の方へ》

太枠の中、氏名・住所・生年月日・予防接種項目を記入後、『母子手帳』を持参し、入園・入所児童の健康診断を受けてください。

ふりがな 氏名	(男・女) 生年月日 年 月 日生			
住所	芦屋市 町 番 号 Tel —			
予防接種の確認		接種が終了しているものに✓を記入ください		
4種混合 (DPT-IPV) または 5種混合 (DPT-IPV-Hib)		☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 4回目		
B. C. G		☐ 受けた ☐ 受けていない		
MR混合 (麻疹・風疹)		☐ I期 ☐ II期		
日本脳炎		☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 4回目		
Hib (インフルエンザ菌b型)		☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 4回目		
小児肺炎球菌		☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 4回目		
水痘 (水ぼうそう)		☐ 1回目 ☐ 2回目		
B型肝炎		☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目		
ロタウイルス		1価 ☐ 1回目 ☐ 2回目		
		5価 ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目		
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		☐ 1回目 ☐ 2回目		
A型肝炎		☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目		
その他				

以下、医師記入欄

《健康診断事項》

栄養状態	良 可 要指導 ()
精神運動発達	正 境界 遅滞 ()
理学的所見	異常なし 異常あり ()
その他	

診断の結果は上記の通りで、集団生活が(可 ・ 不可)です。

医師 印

※署名の場合、押印は不要です。