

健康診断書

保育所用

住 所	南城市		性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	年 月 日	
所 見				
皮 膚 病				
その他の 伝染性疾患				
判 定	(イ) 通園上、精神的・身体的に適する。 (ロ) 通園上、精神的・身体的に適さない。 ※ (ロ)の理由			
備 考				
上記のとおり診断する 令和 年 月 日 医師 住所 氏名				
印				

※ 下記の欄は母子手帳を確認のうえ保護者が記入して下さい。

アレルギーの有無	有 () ・ 無			
予 防 接 種	1 回 年月日	2 回 年月日	3 回 年月日	健診等
4種混合	. . .	. . .	. . .	3～4ヶ月児健診
4種混合(1期追加)	. . .	/	/	年 月 日
MR(麻疹・風疹)	. . .	. . .	/	9～10ヶ月児健診
日本脳炎	. . .	. . .	/	年 月 日
ヒブ	. . .	. . .	. . .	1才6ヶ月児健診
小児肺炎球菌	. . .	. . .	. . .	年 月 日
水痘	. . .	. . .	/	3才児健診
BCG	. . .	/	/	年 月 日