

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