

健康診断書(児童用)

住 所 : 宮古島市

氏 名 : ( 男 ・ 女 )

生年月日 : 年 月 日 ( 満 歳 )

内科疾患	
皮膚疾患	
眼疾患	
その他	
判 定	集団生活・保育に 1 適す 2 適さない…理由 ( )

上記のとおり診断する。

診断月日 年 月 日

医療機関名

医師の氏名

印

◎ 予防接種歴

※親子健康手帳と問診からわかる範囲で、記入して下さい。

対象疾病 (ワクチン)	接種済	未接種	接種状況	対象疾病 (ワクチン)	接種済	未接種	接種状況		
B C G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	日本脳炎	1回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	
□4種混合 I 期	1回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		年 月 日	2回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日
	2回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		年 月 日	追 加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日
□DPT	3回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	ヒブ (Hib)	1回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日
	追 加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日		2回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日
生ポリオ	1回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日		3回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日
	2回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	追 加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	
不活性化ポリオ	1回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	小児用肺炎球菌	1回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日
	2回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日		2回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日
	3回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日		3回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日
	追 加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日		追 加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日
MR	1回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	その他接種済予防接種			年 月 日	
	2回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日				年 月 日	
その他予防接種に関すること									
既にかかった疾患	麻しん ・ 風しん ・ 水ぼうそう ・ 流行性耳下腺炎 ・ その他 ( )								