

健康診断書(児童用)

住所：宮古島市

氏名： (男・女)

生年月日：平成 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。

年 月 日

診断月日

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"/>	平成 年 月 日	日本脳炎	1回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	
□4種混合 I 期	1回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		平成 年 月 日	2回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日
	2回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		平成 年 月 日	追加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日
□DPT	3回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	ヒブ(Hib)	1回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日
生ポリオ	追加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日		2回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日
	1回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日		3回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日
不活性化ポリオ	2回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	小児用肺炎球菌	1回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日
	3回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日		2回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日
	追加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日		3回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日
	追加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日		追加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日
MR	1回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	その他接種済 予防接種			平成 年 月 日	
	2回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月 日				平成 年 月 日	
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 ()								