

健康診断書

住 所:

氏 名: (男 ・ 女)

生年月日: 平成・令和 年 月 日 (満 歳)

内 科 疾 患	
皮 膚 疾 患	
眼 疾 患	
そ の 他	
判 定	集団生活に 適す 適さない 理 由 ()

上 記 の と お り 診 断 す る 。

診断月日 令和 年 月 日

医療機関名

医師の氏名 印

【 予 防 接 種 歴 】

※母子健康手帳と問診からわかる範囲で、受けたものに○、受けていないものに×をつけて下さい。

※この表にある予防接種は、お子さんの体調をみながら早めに接種するようにしましょう。

ワクチン名	接種状況	ワクチン名	接種状況
Hib (インフルエンザ菌b型)	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回	BCG	1回
小児用肺炎球菌	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回	MR (麻疹・風疹混合)	1期 ・ 2期
B型肝炎	1回 ・ 2回 ・ 3回	水痘	1回 ・ 2回
DPT-IPV 1期 (4種混合)	初回(1回 ・ 2回 ・ 3回) ・ 追加	日本脳炎 1期初回	1回 ・ 2回 ・ 追加
		ロタウイルス	1回 ・ 2回 ・ 3回
※かかった疾患: 麻疹・風しん・水ぼうそう・おたふくかぜ その他 ()			
◎アレルギー : なし ・ あり ()			
◎かかりつけ医:			