

入園時健康診断票（4歳児用）

幼児氏名	(男・女) (第 子)	保護者 氏 名	父 ・ 母 (その他)
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)	住 所 電 話	
出生時 状 況	体重 g 黄疸 無・正常・重 身長 cm 仮死 無・有 頭囲 cm	診査時 身 体 計 測	体重 kg 身長 cm
既往 症	麻 疹 (無・有) 肺 炎 (無・有) 水 痘 (無・有) 川 崎 病 (無・有) 百 日 咳 (無・有) 心 疾 患 (無・有) 耳下腺炎 (無・有) けいれん (無・有 回) そ の 他 ()	日 常 の 健 康 状 況	湿 疹 アトピー 喘 息 下痢ぎみ 便 秘 アレルギー() 吐 き 気 熱性けいれん
	階段の2・3段目の高さから飛びおろる (+ ・ -) 片足でケンケン (+ ・ -) 自分の経験したことを話す (+ ・ -) お手本を見て十字を描く (+ ・ -) はさみを上手に使う (+ ・ -) 衣類の着脱 (+ ・ -) 友だちとごっこ遊び (+ ・ -) おしっこをひとりでする (+ ・ -)		診 察 所 見
予 防 接 種	接種済に○をして回数を記入してください ヒブ _____回 小児用肺炎球菌 _____回 4種混合 _____回 BCG 麻しん風しん(MR) 1期 ロタ _____回 B型肝炎 _____回 水痘 _____回 流行性耳下腺炎 _____回 日本脳炎 _____回 その他 ()		
特記事項 (入園についての注意)			
上記のとおり診査する 年 月 日		医療機関名 所 在 地 電 話 医 師 名	(印)

