

入園時健康診断票 (5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
	でんぐり返し (+ ・ -) 思い出して絵を書く (+ ・ -) 色 (赤, 黄, 緑, 青) がわかる (+ ・ -) はっきりした発音で話ができる (+ ・ -) うんちをひとりでする (+ ・ -) 保育園等で集団生活になじみ楽しく遊べる (+ ・ -) 動物や花をかわいがったり, 他人を思いやる気持ちがある (+ ・ -) お話を読んでその内容が分かる (+ ・ -)	診 察 所 見	体 格 大 ・ 中 ・ 小 栄 養 良 ・ 普 ・ 不良 血 色 良 ・ 普 ・ 不良 皮膚異常所見 無 ・ 有 () 呼吸器疾患 無 ・ 有 () 消化器疾患 無 ・ 有 () 耳鼻疾患 無 ・ 有 () 眼疾患 無 ・ 有 () ソケイヘルニア 無 ・ 有 (左・右) 運動機能 正常 ・ 異常 その他 []
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・2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)

