

入園時健康診断票（0歳児及び1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 胸囲 cm 頭囲 cm
栄 養	母乳()・混合()・人工() (過去は○で現在は◎で)	離 乳 開 始	生後 ヶ月 完了 ・ 未
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 吐 き 気 熱性けいれん
精 神 ・ 運 動 発 達	首のすわり ヶ月 ・ 未 寝返り ヶ月 ・ 未 人見知り ヶ月 ・ 未 ハイハイ ヶ月 ・ 未 指先でつかむ ヶ月 ・ 未 2～3のことば ヶ月 ・ 未 1人歩き ヶ月 ・ 未 その他 ()	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 ロタ _____回 B型肝炎 _____回 水痘 _____回 おたふくかぜ _____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	㊞