



健康診断書 (入所時・定期)

【保護者記入欄】



ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日
児童氏名	男 ・ 女						
今までかかったことのある病気 (該当項目に☑)	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> アデノウイルス	<input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 水いぼ <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 熱性痙攣	<input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 胃腸炎 <input type="checkbox"/> 頭しらみ	<input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> りんご病	

【医師記入欄】

身長	cm	特記事項・左記異常ありの場合の内容を記載
体重	kg	
胸囲	cm	
耳	異常なし ・ 異常あり	
鼻	異常なし ・ 異常あり	
目	異常なし ・ 異常あり	
栄養	異常なし ・ 異常あり	
所見	異常なし ・ 異常あり	

※異常のない場合は異常なしに丸をして頂くようお願い致します。

上記診断の通り相違ないことを証明します。

西暦 年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

