

健康状態報告書

① 保護者記入欄 (記入日 年 月 日)

児童名				生年月日	年 月 日
病 歴					
突発性発疹	年 月	水ぼうそう	年 月		
はしか	年 月	アレルギー	有 () 無		
風疹	年 月	熱性けいれん	有 (最後は 年 月) 無		
おたふくかぜ	年 月		座薬のお預かり 有 無		
脱臼・肘内障	年 月 部位 ()				
その他					
予 防 接 種 歴 (最終接種日を記入してください)					
ヒブ	年 月	小児用肺炎球菌	年 月		
4種混合	年 月	BCG	年 月		
MR (麻しん・風しん混合)	年 月	おたふくかぜ	年 月		
水ぼうそう	年 月	日本脳炎	年 月		
ロタウイルス	年 月	その他 ()	年 月		
その他					
虫よけスプレー	使用可 使用不可	虫刺され薬	使用可 使用不可		
消炎剤 (ヘパリン等)	使用可 使用不可	冷却シート	使用可 使用不可		

② 医師記入欄

※入園のお子さまは入園前に必ず下記を医師に記入していただき、医師の署名・捺印の上ご提出いただきますようお願いいたします。
※3カ月以内に健康診断を受診していれば、母子手帳のコピーや健康診断書のコピーをご提出ください。

栄養	☐ 異常なし	☐ 要経過観察	☐ その他 ()
脊柱	☐ 異常なし	☐ 要経過観察	☐ その他 ()
四肢	☐ 異常なし	☐ 要経過観察	☐ その他 ()
リンパ腺腫脹	☐ 異常なし	☐ 要経過観察	☐ その他 ()
皮膚	☐ 異常なし	☐ 要経過観察	☐ その他 ()
眼	☐ 異常なし	☐ 要経過観察	☐ その他 ()
耳鼻	☐ 異常なし	☐ 要経過観察	☐ その他 ()
年 月 日			
病院名			
医師名			
印			