

# 入室時健康診断書

年 月 日

下記の児童が、このたび当保育室に入所いたします。入所前の健康診断をよろしくお願いします。

名 前	(男・女)		生年月日	年 月 日生
住 所				
既 往 歴	予防接種	BCG・ポリオ・三種混合（百日咳、ジフテア、破傷風）・麻疹（はしか）・風しん・日本脳炎・水痘・みずぼうそう）		
	疾 病	麻疹・水痘・おたふくかぜ・風しん・肺炎・喘息 その他（ ）		
身体発育	身 長	cm	体 重	kg
栄養状態	良 可 不可		精神運動発達	正 遅延 延
理学的 所 見	貧 血 有 無 心 音 純 不純＝ 呼吸音 正常 異常 腹 部 四 肢			
そ の 他				

診断の結果は上記の通りで、集団生活が（可・不可）です。

\_\_\_\_\_  
医師 \_\_\_\_\_ 印