

受験児健康調査書

※受験番号をご記入ください。

ふりがな		性別	生年 月日	※受験番号	
受験児氏名				西暦	年 月 日生
現住所		〒 ()		電話	

○医師による診断

項目	いずれかを○で囲む	病名、所見、注意点等をお書きください
1. 運動機能状態	良好・注意点あり	
2. 慢性疾患	なし・あり	
3. アレルギー疾患	食物アレルギー	なし・あり
	アナフィラキシー	なし・あり
	喘息	なし・あり
	アトピー性皮膚炎	なし・あり
	その他	なし・あり
4. 予防接種	右欄のいずれかを○で囲んでください	4種混合(済:1.2.3.4・未) MRワクチン(済・未) Hib(済:1.2.3.4・未) 肺炎球菌(済:1.2.3.4・未) ロタ(済・未) B型肝炎(済:1.2.3・未) BCG(済・未) 水痘(済・未) おたふくかぜ(済・未)
5. 幼稚園生活での注意点		
6. 診察所見		

上記のとおり診断します。

2024年 月 日

医療機関所在地

電話番号

医療機関名

医師氏名

印

○保護者記入欄 1.か2.のどちらかにご記入・ご署名ください。

1. 現時点で、上記予防接種を未接種の方で、今後受ける予定の予防接種を○で囲んでください。 《 4種混合 MRワクチン Hib 肺炎球菌 B型肝炎 BCG 水痘 おたふくかぜ 》 保護者氏名 _____
2. 上記予防接種は、全て接種済み。 保護者氏名 _____