

年度

入園身体検査表

在籍番号

No.

(受診日)

平成

年

月

日

(

保育所)

組	園児名		性別	生年月日	
			男女	平成	年
出生歴	出生時の体重	出生時の身長	分娩について		正常
第 子	g	cm			異常(

下記の項目の中で該当する項目に○印をつけて()内に年齢を記入してください。

これまでにかったことのある感染症(うつる病気)

1. はしか()才 2. 風しん()才 3. 百日咳()才 4. 水ぼうそう()才 5. 耳下腺炎()才
 6. 手足口病()才 7. ヘルパンギーナ()才 8. RSウイルス感染症()才 9. ロタウイルス胃腸炎()才
 10. 溶連菌感染症()才 11. アデノウイルス感染症()才 12. 川崎病()才 13. その他()

かかりやすい病気

1. アトピー性皮膚炎 2. じんま疹 3. 熱性けいれん 4. アレルギー性鼻炎 5. ゼロゼロをともなう気管支炎・喘息
 6. 周期性おうと症(自家中毒) 7. 副鼻腔炎・滲出性中耳炎 8. くり返す耳下腺炎 9. その他()

体質

1. かぜをひきやすい 2. ゼロゼロの咳をしやすし 3. 鼻血が出やすい 4. 下痢をしやすし 5. 吐きやすい
 6. よくお腹がいたくなる 7. よく頭がいたくなる 8. 食物アレルギー(原因食材) 9. その他()

予 防 接 種 (接種日:平成 年/月/日)

ヒブ	①		BCG		
	②		日本脳炎	①	
	③			②	
	追加		追加		
肺炎球菌	①		麻疹・風疹	I	
	②		混合	II	
	③		水痘	①	
	追加			②	
(三)四種 混合	①		ロタ(生)	①	
	②		(任意)	②	
	③			③	
	追加		おたふく	①	
B型肝炎	①		(任意)	②	
	②		(不活化	①	③
	③		ポリオ)	②	④

身長体重計測

身長	cm	体重	Kg
----	----	----	----

医師健診

栄養状態		腹部	
眼の病気		脊柱・四肢	
耳・鼻・のど		皮膚	
胸部		その他	

備考	入園時の	(住所)	(氏名)
	健診医	(電話)	印
		(所属)	