

住 所: 読谷村字	番地
児童氏名:	
生年月日: 平成 年 月 日 (満 歳) 令和	

身長	cm
体重	kg
胸 囲	cm
栄 養	
脊 柱	
頭 部	
頸 部	
四 肢	
皮 フ	
胸 部	
耳	
目	
咽 喉	
鼻	
口腔部	・扁桃腺肥大 1度 2度 3度 ・アデノイド ・その他( ) ・異状なし
その他の 疾病及び 異常	

**健診及び予防接種**  
(今までに受けたものを○で囲んで下さい。)

健診(乳児前期・乳児後期・1歳半・3歳)  
 BCG・MR1期・日本脳炎(1回・2回)・追加  
 四種混合(1回・2回・3回)・追加  
 小児肺炎球菌(1回・2回・3回)・1歳以後(0回・1回)  
 ヒブ(1回・2回・3回)・1歳以後(0回・1回)

○医療行為が ( 要 ・ 不要 )

要の場合は以下に具体的に記入して下さい。

○運動制限が ( ある ・ なし )

○集団保育に ( 適 ・ 不適 )

○集団保育において注意すること。

(集団保育に不適の場合はいつ頃から可能か、その場合の再診の必要の有無も併せてご記入下さい。)

○所見

上記のとおり診断致します。

令和 年 月 日

医療機関名:

所 在 地:

医 師 名:

