

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：

