保育所等入所申込用

氏　名		男・女	平成・令和　　年　　月　　日生（満　　歳）	
住　所	浦添市		連絡先	Tel

＜ 健 康 診 断 書 ＞

内科疾患		眼科疾患	
皮膚疾患		耳鼻科疾患	
その他			
判　定	集団生活に	適す　　適さない （理由　　）	

上記のとおり診断する。

診断年月日　　令和　　年　　月　　日

医療機関名

医師の氏名　　㊞

＜予防接種歴＞　・健康診断の前に、親子手帳を確認の上、保護者が記入してください。
・受けた場合は、接種状況のところに年月日を記入してください。

予防接種の種類		接種状況					予防接種の種類	接種状況			
		受けていない	1回	2回	3回	追加		受けていない	1回	2回	かかった
BCG							MR（麻しん風しん混合）				
ポリオ（経口生ワクチン）※飲むポリオワクチン							麻しん（単独接種）				
不活化ポリオワクチン ※注射のポリオワクチン	1期						風しん（単独接種）				
DPT	1期						おたふくかぜ				
4種（DPT-IPV）混合ワクチン	1期						みずぼうそう				
ヒブ（Hib）ワクチン	乳幼期										
接種開始年齢（　歳　ヶ月）	1歳以降										
小児用肺炎球菌ワクチン	乳幼期										
接種開始年齢（　歳　ヶ月）	1歳以降										
日本脳炎	1期										
ロタウイルス	1価										
	5価										

※ヒブワクチン及び小児用肺炎球菌ワクチンについては接種開始年齢により、必要な接種回数が異なります。

＜アレルギーについて＞

なし・あり〔　　〕