**※　注意事項**

１　この書類は、保育所（幼稚園）の面接時に保護者が保育所（幼稚園）へ提出する書類です。

２　誤りを訂正する場合は、修正液等は使用せず、記入者の訂正印をお願いいたします。

特定教育・保育施設等面接用

**健康診断書（児童用）**

　教育・保育施設等の長　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 医　師　名 | ㊞ |
| 受診年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

（　）内は、症状等を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 栄養状態 | 良 ・ 不良　　（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 内臓疾患 | 無 ・ 有　　（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 運動機能障害 | 無 ・ 有　　（　　　　　　　　　　　　） | | |
| アレルギー等 | 無 ・ 有　　（　　　　　　　　　　　　） | | |
| その他の疾患 | 無 ・ 有　　（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 集団保育について | 適 ・ 不適　　（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 障がい等の有無について | 無 ・ 有 ・ 疑義（　　　　　　　　　　　） | | |

※　特別支援教育・障がい児保育を希望する場合、または支援が必要と思われる場合は、別途「診断書および意見書」（名護市様式）の提出が必要となります。

**保護者記入欄**　　　　これまでに受けた予防接種に○印をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ビブ | | | | 小児用肺炎球菌 | | | | ＢＣＧ | | | ＭＲ  (麻疹・風疹) | | | 四種混合 | | | | |
| １回 | ２回 | ３回 | 追加 | １回 | ２回 | ３回 | 追加 |  | | |  | | | １回 | ２回 | ３回 | | 追加 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| ＤＰＴ(三種混合) | | | | 不活化ポリオ | | | | Ｂ型肝炎 | | | | 日本脳炎 | | | 水痘  (みずぼうそう) | | | |
| １回 | ２回 | ３回 | 追加 | １回 | ２回 | ３回 | 追加 | １回 | ２回 | ３回 | | １回 | ２回 | 追加 | １回 | | ２回 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |