様式第2号（第5条関係）

就園時健康診断票

健康診断年月日　平成　　年　　月　　日

※就園予定者	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏　　名			
	生年月日	平成　　年　　月　　日生（　　歳　　か月）		
	現 住 所	名護市		

栄養状態	栄養状態	
	肥満傾向	
脊　柱		
胸　郭		
眼の疾病及び異常		
心臓及びその他の疾病異常		
主な既往歴		
※ 今までに受けた予防接種に〇をつけてください。 （年月日は最終接種日を記入）	生ポリオ	［ 1回 ・ 2回 ］
	不活化ポリオ	［ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 ］
	3種混合（百日咳・ジフテリア・破傷風）	［ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ］
	4種混合（百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ）	［ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ］
	水痘	［ 1回 ・ 2回 ］
	BCG	平成　　年　　月　　日
	MR（麻しん・風しん）	［ 1期 ・ 2期 ］
	Hib	［ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ］
	肺炎球菌	［ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ］
	日本脳炎	［ 1回 ・ 2回 ・ 追加 ］

担当医師所見

医療機関名　　印

注1）　保護者の方は※印の欄を記入してください。
注2）　市内の内科、小児科医院などで「就園時健康診断票」により各自で健康診断を受けてください。

名護市こども家庭部