令和９年度　入園健康診断票

年 保 育
受付番号

フ リ ガ ナ 幼 児 氏 名			生　年 月　日	年　　月　　日
性　　別	男　・　女	保 護 者 氏 名		
既　往　歴	風しん（三日ばしか）、おたふくかぜ、百日咳、水ぼうそう、 麻しん、心臓病、ぜんそく、ヘルニア（手術した年月　　） その他（　　）			
体　　質	アレルギー体質、薬（　　）、食物（　　）			
予 防 接 種	ヒブ ・ 肺炎球菌 ・ 四種混合 ・ BCG ・ B型肝炎 ・ MR（麻しん・風しん混合） 日本脳炎 ・ 水痘 ・ おたふくかぜ ・ インフルエンザ ・ その他（　　）			
疾 病 異 常 （その他特記すべきことがありましたらご記入ください）				
園 医 所 見				

〈記入上の注意〉

◎　できるだけ詳しくご記入ください。

◎　性別・既往症・予防接種の欄は〇で囲んでください。