

# 健康診断書 ≪沖縄市保育所(園)入所児童用≫

フリガナ 児童名	住 所 沖縄市
-------------	---------

生年月日	平成	年	月	日生	歳	ヶ月	
身長	_____	cm	体重	_____	kg	頭 囲 _____	cm

診 察 項 目	正 常	所 見
① 体 格	1 普通	2 大がら 3 小がら
② 栄 養 状 態	1 普通	2 肥満傾向 3 やせ傾向
③ 胸 部 所 見	1 なし	2 あり ( )
④ 心 雑 音	1 なし	2 あり 機能的・病的( )
⑤ 腹 部	1 正常	2 異常 ( )
⑥ 眼	1 正常	2 異常 ( )
⑦ 聴 覚	1 正常	2 疑い 3 難聴
⑧ 皮 膚 異 常	1 なし	2 あり ( )
⑨ 神経学的所見 及び運動機能	1 正常	2 境界 3 異常 ( )
⑩ 外 部 所 見	1 なし	2 あり ( )
⑪ 言語発達の状況	1 普通	2 遅れの疑い(該当項目に○をお願いします) ・発音が聞き取りにくい ・会話が成立しにくい ・その他( )
既往症及び 現在治療中疾患 または所見 (児童の発達に関する 事項も含む)		

集団保育に( 1 適 2 不適 )です。

上記の通り診断致します。

平成 年 月 日 医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

## ※ 保護者の記入欄

して下さい

<input type="checkbox"/> BCG * 食物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※別途、除去食依頼指示書を必ず提出して下さい。 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 風疹(三日はしか) * 麻疹・風疹混合( <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回) * ポリオ( <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回) * 日本脳炎( <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 追加終了) * DPT( <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加終了)
--

※この診断書は、保育所入所の面接に使用します。