

入園時健康診断書

受診日			
令和	年	月	日

下記の園児が保育園に入園します。
 入園時の健康診断をお願いいたします。

保育園名	
------	--

※太字内は保護者様の記入欄。それ以外は医師が記載すること。

ふりがな		性別	生年月日
園児名		男 ・ 女	H R 年 月 日
現住所	〒		
自宅電話		F A X	
既往歴			
アレルギー歴	無 ・ 有 (アレルギー名:)		
かかりつけ医 (病院名)	※かかりつけ医にて健康診断を受診する場合は記載不要。		

★の項目については、3歳未満でも可能な場合は実施、未実施の場合は理由を記載すること

身長	cm	体重	kg
①栄養状況	良 ・ 不良	※不良の場合記載のこと	()
②脊柱の疾患及び異常	無 ・ 有	※有の場合記載のこと	()
③胸郭の疾患及び異常	無 ・ 有	※有の場合記載のこと	()
④視力★	右 左	※特記事項があれば記載 未実施の場合は理由記載	()
⑤聴力の異常★	無 ・ 有 ・ 未実施	※有の場合は記載 未実施の場合は理由記載	()
⑥眼の疾患及び異常	無 ・ 有	※有の場合記載のこと	()
⑦耳鼻咽喉頭疾患	無 ・ 有	※有の場合記載のこと	()
⑧皮膚疫病	無 ・ 有	※有の場合記載のこと	()
⑨結核	無 ・ 有 ・ 未実施	※実施することが望ましいが、 なくても可	()
⑩心臓の疫病及び異常	無 ・ 有 ・ 未実施	※実施することが望ましいが、 なくても可	()
⑪尿の異常★	無 ・ 有 ・ 未実施	※有の場合は記載 未実施の場合は理由記載	()
⑫四肢の状態	良 ・ 不良	※不良の場合記載のこと	()
⑬その他疫病及び異常	無 ・ 有	※有の場合記載のこと	()
⑭医師の診断			
⑮医師の意見			

診断の結果は上記の通りで、集団生活は (可 ・ 不可) です。

医療施設名

医師名

