

**保育所等入所申込用**

氏名		男・女	平成・令和	年	月	日生(満)	歳)
住所	浦添市		連絡先	Tel			

**< 健康診断書 >**

内科疾患		眼科疾患	
皮膚疾患		耳鼻科疾患	
その他			
判定	集団生活に	適す 適さない(理由 )	

上記のとおり診断する。

診断年月日                    令和                    年                    月                    日

医療機関名

医師の氏名



- < 予防接種歴 >**
- ・健康診断の前に、親子手帳を確認の上、保護者が記入してください。
  - ・受けた場合は、接種状況のところにも年月日を記入してください。

予防接種の種類		接種状況				予防接種の種類	接種状況		
		受けていない	1回	2回	3回		追加	受けていない	1回
BCG						MR(麻しん風しん混合)			
4種(DPT-IPV)混合ワクチン	1期					麻しん(単独接種)			
ヒブ(Hib)ワクチン	乳幼期					風しん(単独接種)			
小児用肺炎球菌ワクチン	乳幼期					おたふくかぜ			
B型肝炎ワクチン	乳幼期					みずぼうそう			
日本脳炎	1期					すでに罹患済み記入(罹患年月日も)			
ロタウイルス	1価								
	5価								

**< ヒブワクチン・小児用肺炎球菌ワクチン >**

※接種開始年齢により、  
必要な接種回数が異なってきます。

**< アレルギーは、ありますか? >**

・なし  
・あり (                    )