

健康診断書

住所

児童氏名

年 月 日生

現在の身長	ツ反応	- + + + +				
体重	BCG	実施日(年 月 日)				
栄養状態	予防注射	四種混合 ポリオ 百日咳 ジフテリア 破傷風	(第一期)		(第二期)	
既往症			一回	未実施	実施	
心臓疾患の有無			二回	未実施	実施	
伝染病疾患の有無			三回	未実施	実施	
	麻疹	未実施・実施(年 月 日)				
健康意面点に及びつびい所て見						

上記のとおり診断します。

年 月 日

住所
医師 氏名

印

※母子手帳持参のうえ、診察を受けてください。