

入 所 前 健 康 診 断 書

実施 年 月 日

No.

フリガナ		性別	男 ・ 女	かかりつけ医	病院名	
児童氏名					住所	
生年月日	年 月 日	年齢	才 カ月		電話	()
保護者氏名		電話				
住 所	武蔵野市					
入所前健康診断を受診する場所※どちらかを記入		保育施設() ・ 担当医師の医院 ()				

＊この書類はお子さんの健康を守るため、また入所後の健康管理の資料になる大切な調査書です。

＊入所目的以外には使用せず、慎重に扱いますので、母子手帳などを参考にご記入ください。

＊後日記載事項に偽りが判明したときは入所をお断りすることもありますので、下記の欄に正確にご記入ください。

保護者記入欄（事前にご記入ください）

の出 状 生 況 前	妊娠中の異常はあったか(症状・病名・週数)		お子さんの平熱 ()℃	B型肝炎	年 月 日
					年 月 日
出 生 時 の 状 況	分娩週数 ()週	現在把握している症状・その他	けいれんを □起こしたことはない □起こしたことがある (回) 最後に起こしたのは(年 月頃) 起こしたとき □熱があった ()℃ □熱はなかった ・ダイアアップ座薬使用 有 ・ 無 医療機関名	ロタウイルス	年 月 日
	分娩の状態 ・正常・帝王切開・吸引・鉗子				年 月 日
	分娩の経過 ・頭位・骨盤位・その他()			年 月 日	
	出生児の状態 ・異常なし ・異常あり			年 月 日	
	異常ありの場合 ・仮死 ・チアノーゼ ・その他()			年 月 日	
	体重()g 身長()cm			年 月 日	
	頭囲()cm 胸囲()cm			年 月 日	
	栄養法 (母乳 ・ 混合 ・ 人工乳)				
離乳食開始(カ月), 完了 (カ月)			年 月 日		
出 生 後 の 状 況	【身体発達】	現在把握している症状・その他	食物アレルギー 有 ・ 無 現在除去している食品 アナフィラキシー症状 有 ・ 無 食物以外のアレルギー 使用している薬 医療機関名 使えない薬 気になる症状	肺炎球菌	年 月 日
	首のすわり ・・・・ カ月				年 月 日
	寝返り ・・・・ カ月				年 月 日
	おすわり ・・・・ カ月			四種混合 (DPT+不活化ポリオ)	年 月 日
	はいはい ・・・・ カ月				年 月 日
	つかまり立ち ・・・・ カ月				年 月 日
	ひとり歩き ・・・・ 歳 カ月				年 月 日
	意味のある言葉 ・・・・ 歳 カ月			五種混合 (四種+ヒブ)	年 月 日
	2語文 ・・・・ 歳 カ月				年 月 日
	発育についての心配 有 ・ 無				年 月 日
健康診査の	・1歳6か月児 有 ・ 無	予 防 接 種	BCG	年 月 日	
・3歳児 有 ・ 無	麻しん・風しん(MR)			年 月 日	
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)			年 月 日	
過去及び現在	(例) 麻疹 ○年○月		水痘 (水ぼうそう)	年 月 日	
(例) 心室中隔欠損 手術 ○年○月	日本脳炎			年 月 日	
				年 月 日	
医 師 記 入 欄			結核性疾患(続柄)	備 考	
	肝臓疾患 (続柄)				
	B型肝炎 / C型肝炎				

医師記入欄

体 重	kg	開排制限	皮膚	医師所見	保育施設受付印
身 長	cm	ヘルニア	その他		
脊 柱		斜視・斜頸			
四 肢		扁桃腺肥大			
				医師名	(集団・個別) 受診

◎保護者記入欄まで記入の上、健康診断日に母子手帳と一緒に忘れずにお持ちください。

武蔵野市子ども家庭部子ども育成課