

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		

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）	

診断年月日 令和 年 月 日

医師の氏名 印

＜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	2回
4種(DPT-IPV) 混合ワクチン	1期						BCG			
5種(DPT-IPV-Hib) 混合ワクチン	1期						MR(麻しん風しん混合) Measles・Rubella			
ヒブ(Hib)ワクチン	乳幼期						みずぼうそう Varicella			
小児用肺炎球菌ワクチン Streptococcus pneumoniae	乳幼期									
B型肝炎ワクチン Hepatitis B	乳幼期									
日本脳炎 Japanese Encephalitis	1期						すでに罹患済みを入力(罹患年月日も)			
ロタウイルス Rota Virus	1価									
	5価									

※ヒブワクチン及び小児用肺炎球菌ワクチンについては接種開始年齢により、必要な接種回数が異なります。

＜アレルギーについて＞

なし

あり〔 〕