

入所前乳幼児身体検査票

保護者記入欄	乳幼児氏名		男・女	生年月日	年 月 日	
	保護者氏名	(印)	住所			
	既往歴	1.なし 2.麻疹 3.風疹 4.水痘 5.百日咳 6.流行性耳下腺炎 7.中耳炎 8.肺炎、気管支炎 9.重い下痢 10.突発性発疹 11.手足口病 12.川崎病 13.喘息 14.脱臼 15.熱性けいれん 16.事故、外傷 17.りんご病 18.ひきつけ 19.周産期異常の無・有() 20.その他() ※出生体重(g)				
	予防接種	【定期接種】			【任意接種】	
		Hib	/ / /	B型肝炎	/ / /	
		小児用肺炎球菌	/ / /	ロタウイルス	/ / /	
		DPT-IPV 四混	/ / /	おたふくかぜ	/ / /	
		DPT 三混	/ / /	A型肝炎	/ / /	
		IPV 単独ポリオ	/ / /	インフルエンザ	/ / /	
		BCG	/ / /		/ / /	
麻疹風疹混合		/ / /	その他()			
麻疹		/ / /				
風疹		/ / /				
日本脳炎	/ / /					
水痘	/ / /					
その他注意する事	①離乳食() ②食物アレルギーの無・有() ③斜頸() ④生歯 上(本) 下(本)					

※DPT-IPV(ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ)4種混合ワクチン

医師診断書	身体測定	体重(kg)	身長(cm)	胸囲(cm)	頭囲(cm)
	1	栄養状態	母乳・混合・人工・その他	優・良・可	
	2	形態異常(脊柱)			なし・あり
	3	皮膚(湿疹、発疹、アトピー性皮膚炎)			なし・あり
	4	精神神経学的所見(発達遅滞)			なし・あり
	5	運動機能障害			なし・あり
	6	眼の異常			なし・あり
	7	胸部聴診異常			なし・あり
	8	心雑音			なし・あり
	9	腹部所見			なし・あり
	10	耳鼻咽喉の異常(扁桃肥大)			なし・あり
	11	四肢の異常(X脚、O脚、足の変形)			なし・あり
	12	陰部(ソケイヘルニア、停留辜丸、陰のう水腫)			なし・あり
以上の結果、集団生活が 可能 ・ 不可能 と判断いたします。					
平成 年 月 日 医師または医療機関名					