

健 康 診 断 書

住 所：
(フリガナ)

氏 名： (男・女)

生 年 月 日： 年 月 日生 (満 歳)

内科疾患	
皮膚疾患	
眼疾患	
その他	

上記のとおり診断する。

診 断 月 日 平成 年 月 日

医療機関名

医師の氏名

予 防 接 種 歴

(母子手帳と問診から分かる範囲で、受けていなければ接種の勧めをお願いいたします。)

対 象 疾 病	接 種 状 況			既にかかった疾患 (○)印
小児肺炎球菌 インフルエンザ 菌b型(ヒブ)	1 回 目	済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	麻しん(はしか) 風 疹 百 日 咳 水 痘 流 行 性 耳 下 腺 炎 そ の 他 ()
	2 回 目	済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	
	3 回 目	済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	
	4 回 目	済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	
4種混(ジフテリ ア、百日咳、破 傷風、ポリオ)	1 回 目	済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	
	2 回 目	済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	
	3 回 目	済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	
	I期追加	済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	
B型肝炎	1 回 目	済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	
	2 回 目	済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	
	3 回 目	済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	
B C G		済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	
M R (麻しん・風疹)		済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	
水痘 (みずぼうそう)	1 回 目	済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	
	2 回 目	済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	
日本脳炎	I期1回目	済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	
	I期2回目	済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	
	I期 追加	済 み (平成 年 月 日)	未 接 種	
その他 任意接種				

※この表には、小学校入学までに受けておく必要のある予防接種を掲げてあります。

※「接種状況」及び「既にかかった疾患」の欄は、該当する者を○で囲んでください。