

児童票Ⅱ (乳幼児健康診断票)

氏名		男女		年	月	日生
----	--	----	--	---	---	----

年 度		令和 年度		令和 年度		令和 年度		令和 年度	
診断月日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
事 項									
栄 養 状 態									
脊 柱									
胸 郭									
視 力	右								
	左								
色 覚									
聴 力	右								
	左								
眼の疾病及び異常									
耳鼻咽喉疾患									
皮膚疾患									
心臓の疾病及び異常									
その他の疾病及び異常									
尿 検 査									
ぎょう虫検査									
嘱託医所見									
嘱託医師印									
備考 (事後処置)									
予 防 接 種	日 本 脳 炎								
	インフルエンザ								
入所後にかかった病気									

※結核予防法第13条第3項の規定により、ツベルクリン反応検査を受けた者については、その結果及び予防接種の有無を「備考」の欄に記入する。

児童票Ⅱ (乳幼児健康診断票)

氏名		男女		年	月	日生
----	--	----	--	---	---	----

年 度		令和 年度		令和 年度		令和 年度		令和 年度	
診断月日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
事 項									
栄 養 状 態									
脊 柱									
胸 郭									
視 力	右								
	左								
色 覚									
聴 力	右								
	左								
眼の疾病及び異常									
耳鼻咽喉疾患									
皮膚疾患									
心臓の疾病及び異常									
その他の疾病及び異常									
尿 検 査									
ぎょう虫検査									
嘱託医所見									
嘱託医師印									
備考 (事後処置)									
予 防 接 種	日 本 脳 炎								
	インフルエンザ								
入所後にかかった病気									

※結核予防法第13条第3項の規定により、ツベルクリン反応検査を受けた者については、その結果及び予防接種の有無を「備考」の欄に記入する。