

身体検査書

児童名

生年月日 平成・令和 年 月 日 生まれ (才)

住所

保護者記入欄

予防接種済の場合○で囲むこと B型肝炎・ロタウイルス・ヒブ・小児用肺炎球菌・四種混合（DPT-IPV）・三種混合・ポリオ BCG・MR（麻しん風しん混合）・水痘（みずぼうそう）・おたふくかぜ・日本脳炎
既往歴

栄 養		
脊 柱		
目		
耳		
鼻及びいん頭		
皮 膚		
歯	処 理	
	う歯	未処理
	その他疾病	
検便（細菌類その他）		
X 線 所 見		
その他疾病異常		
令和 年 月 日		
医師名	Ⓜ	