

健康診断書

氏名		生年月日	平成・令和	年	月	日
住所	東村字					
保護者名						

内科疾患	
皮膚疾患	
眼疾患	
予防接種	受けたものに○をつけてください。 肺炎球菌 (1回目 2回目 3回目 4回目) ヒブ (1回目 2回目 3回目 4回目) DPT (1回目 2回目 3回目 追加) 4種混合 (1回目 2回目 3回目 4回目) 不活化ポリオ (1回目 2回目 3回目 4回目) 日本脳炎 (1回目 2回目 追加) BCG MR
その他の伝染疾患等	
医師の所見	

上記のとおり診断致します。

令和 年 月 日

病院名

医師名

印