

健康診断書（デイスティ・ショートステイ用）

乳児院において原則 7 日間以内でお預かりするデイスティ・ショートステイ利用にあたり、養育上、留意する点などをご記入下さい。太枠内は、保護者の方で記入をお願いします。

フリガナ		年 月 日生 (歳 ヲ月)	
氏名：		男・女	
既往歴 ・ 予防接種等	既往疾患	<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 風疹（三日はしか） <input type="checkbox"/> 百日せき <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 手術歴 (無 ・ 有 :) <input type="checkbox"/> けいれん (無 ・ 有 : 熱性・てんかん) <input type="checkbox"/> アレルギー (無 ・ 有 :)	
	予防接種	・BCG (未 ・ 済) ・五種混合 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加) ・B 型肝炎 (1 ・ 2 ・ 3) ・肺炎球菌 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加) ・M R (未 ・ 済) ・水痘 (未 ・ 済) ・ロタ（ロタテック・ロタリックス） (1 ・ 2 ・ 3) ・おたふく風邪 (1 ・ 2) ・インフルエンザ (1 ・ 2)	
	その他	子どもの養育で特に注意してもらいたいこと。	
診 察 所 見	皮 膚		
	頭 部		
	口頭・咽頭		
	頸 部		
	心 臓		
	肺		
	腹 部		
	外陰部		
	神 経		
	眼・耳・鼻		
	四 肢		
	股関節開排制限		
	その他		
計 測	体重： g, 身長： cm, 胸囲： cm, 頭囲： cm		
座 薬	アンヒバ坐剤の使用 (可 ・ 否) 可の場合 … (50mg ・ 100mg) ナウゼリン坐剤の使用 (可 ・ 否) 可の場合 … 10mg (/)		
指 示			
診 断	デイスティ・ショートステイ利用 (可 ・ 否)		
健診日	年 月 日	医療機関 医師名	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>