

入所時健康診断記録

※ふと枠内のみ保護者記入

20 年 月 日実施

氏名	カガナ		性別	生年月日		
			男・女	20 年 月 日生まれ (歳 ヶ月)		
計測	身長： cm	体重： kg	頭囲： cm	胸囲 cm		
	歯数	上歯（乳歯 本）（永久歯 本） 上歯（乳歯 本）（永久歯 本）				
入所時見	体格	<input type="checkbox"/> 大がら <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 小がら		呼吸	<input type="checkbox"/> 異常なし・	
	脊柱	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 側弯症		心音	<input type="checkbox"/> 異常なし・	
	泌尿器	<input type="checkbox"/> 異常なし・		胸郭	<input type="checkbox"/> 異常なし・	
	栄養	<input type="checkbox"/> 肥満傾向 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 痩せ傾向		眼	<input type="checkbox"/> 異常なし・	
	皮膚	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 乾燥肌		耳	<input type="checkbox"/> 異常なし・	
	ヘルニア	<input type="checkbox"/> なし・		鼻	<input type="checkbox"/> 異常なし・	
	開排便制限	<input type="checkbox"/> 異常なし・		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 異常なし・	
	運動発達	筋トーン： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 亢進 <input type="checkbox"/> 低下				
集団保育に（ 1 適 2 不適 ）です。（該当するものに○）						
【 備考・健康管理上の注意点 】						
						
<<実施者>> 医療機関名 医師名 印						