

# 健康報告書

## Health Report

入園日: 年 月 日: Enrollment Date

記入日: 年 月 日: Date of entry

ふりがな		性別(Sex)	<input type="checkbox"/> 男(M) <input type="checkbox"/> 女(F)
幼児氏名 (Name of Child)		生年月日 (Date of birth)	年 月 日 (Year-Month-Day)
平均体温 (Average Body Temperature)	度:°C	血液型 (Blood Type)	

### 医師記入欄(Doctor Entry)

健康診断(Medical Checkup) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 理由	診断日(Date of Diagnosis) 年 月 日 病院名(Name of Hospital) 医師名(Name of Doctor) 印
---	---

### 予防接種(Immunization)

接種したものにチェックしてください

ロタウイルス(Rota) <input type="checkbox"/> ロタリックス(Rotarix) <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> ロタテック(Rotateq) <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> 3rd
インフルエンザ菌 b 型(Hib) <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> 3rd <input type="checkbox"/> 4th
小児用肺炎球菌(Pediatric Pneumococcal) <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> 3rd <input type="checkbox"/> 4th
B型肝炎(Hepatitis B) <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> 3rd
BCG <input type="checkbox"/>
四種混合(DPT-IPV) <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> 3rd <input type="checkbox"/> 4th
麻疹・風疹(MR) <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd
水痘(Varicella) <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd
おたふくかぜ(Mumps) <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd
日本脳炎(Japanese encephalitis) <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> 3rd
その他(Other)

### かかった事のある病気や大きなケガ

(Medical History)

例: 熱性けいれん、喘息、アレルギー  
(ex: Febrile seizures, Asthma, Allergy)

その他体調で伝えておきたいこと(Other)