

健康診断書

● 保護者記入欄(事前に記入の上、受診してください)

| | | |
|------|-----------|------------------------|
| ふりがな | | 生 年 月 日 |
| 児童名 | (男 ・ 女) | 年 月 日 生まれ (現在 歳 カ月) |

| | |
|--------------------|---|
| 既往歴 (該当するものに✓印) | <input type="checkbox"/> 先天性心疾患 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 肘内障 <input type="checkbox"/> 自家中毒症 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他 |
| | 詳細 |

● 医師記入欄

| | | |
|----|----|-----------------------------|
| 身長 | cm | 特記事項・他所見、または園での生活で注意すべき事項など |
| 体重 | kg | |
| 頭囲 | cm | |
| 胸囲 | cm | |

上記の診断通り相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

印

※ 母子手帳持参のうえ、健康診断を受けてください。