

入園前健康診断書

児童氏名	男 女	生年月日	年 月 日
住 所			
診査事項	所 見	診査事項	所 見
身 長	cm	眼・鼻・耳・ 咽喉頭疾患の 有無	
体 重	kg		
体 格		皮 膚	
血 色	良・普通・不良	ヘルニア	
栄 養	良・普通・不良	開排制限	
脊 柱		主な既往歴	
胸 郭		その他の疾患 及び異常	
心 臓			
頸 部			

社会福祉法人やなぎ会
府 中 愛 児 園
園長 坪井 真由美 殿

以上のおとり、健康診断を終了したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関

所在地

医師名 _____

医師名 _____