

# 入園前健康診断票

氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	才 力月
性別			

身長	cm	体重	kg
栄養状態	異常なし・異常あり( )		
既往歴	なし・あり( )		
視覚	異常なし・異常あり( )		
聴覚	異常なし・異常あり( )		
脊柱変形	異常なし・異常あり( )		
その他			

上記の通り診断致します。

年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

医師名

印