

入園時健康診断票

ふじさん保育園

氏名	生年月日		性別
	年 月 日		男・女
身長	cm	頭囲	cm
体重	kg	胸囲	cm
栄養状態	異常なし・あり ()		
脊柱	異常なし・あり ()		
四肢	異常なし・あり ()		
リンパ腺腫脹	異常なし・あり ()		
皮膚疾患	異常なし・あり ()		
眼の疾病及び異常	異常なし・あり ()		
耳鼻咽頭疾患	異常なし・あり ()		
ヘルニア	異常なし・あり ()		
その他の疾病及び異常の有無	異常なし・あり ()		

上記により、集団生活可能と認めます。

年 月 日

病院名

医師名

⑨