

健 康 診 断 書

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	
身 長	cm
体 重	kg
栄 養 状 態	
脊 柱	
胸 郭	
内 科 疾 患	
耳 鼻 咽 喉 疾 患	
皮 膚 疾 患	
眼 科 疾 患	
その他の疾患 及 び 異 常	
アレルギーの 有 無	(アレルギーの種類：)
備 考	

以上のとおり、当該児童について発育及び発達の問題がなく、集団内での生活に支障がないことを証明します。

平成 年 月 日

住 所
電 話 番 号
医 療 機 関 名
医 師 名