

健 康 診 断 票

_____ 病院 院内保育所 _____	
入園年月日 平成 年 月 日	
ふ り が な 氏 名	(男 ・ 女)
生年月日	平成 年 月 日 (才 ヶ月)
栄養状態	
脊 柱	
胸 郭	
皮膚疾患	
心臓の疾患 及び異常	
その他の疾病 及び異常	
担当医所見	

上記のとおり診断します

医療機関名

平成 年 月 日

所 在 地
電 話

医 師 名