秘

令和 9年度

健 康 診 断 書

受験 番号

宝 仙 学 園 幼 稚 園

氏　　名	男 女	令和　　年　　月　　日生
住　　所	〒 TEL：	

身　　長	cm	運動機能	日常生活に支障 （ 有・無 ）
体　　重	kg		
脊柱・胸郭		眼 疾 患	（有・無）
栄養状態		耳鼻咽喉疾患	（有・無）
既 往 歴（有 ・無）		皮膚疾患	（有・無）
		アレルギー疾患	（有・無）
麻疹・風疹・水痘		その他の異常	（有・無）
耳下腺炎・喘息・結核		診 察 所 見	（有・無）
腎疾患・心疾患			
(その他)			

上 記 の と お り 診 断 し ま す

令和　　年　　月　　日

住　　所

医療機関名

医 師 名

電　　話　　㊞

（記入上のご注意）有・無の欄はいずれかに〇をつけ、有の場合は診察所見を必ずご記入ください。

ご記入いただいた個人情報につきましては、個人情報保護規程に基づき、校務以外には利用いたしません。

※ ご本人と親族関係にある医師以外の診断及び記載を受けてください。

※ 虚偽の記載が認められた場合は、入園を取り消すことがあります。