

# 健康診断書

(保育園入所申込書用)

保護者住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

児 童	住 所			
	氏 名	生 年 月 日	平成 年 月 日	
		年 齡 性 別	満 歳	男 ・ 女
一般診察所見		聴 診		
		打 診		
		触 診		
		そ の 他		
		伝染性皮膚疾患		
集団保育に ( 1. 適 2. 不適 ) です。				
上記のとおり診断します。				
平成 年 月 日				
		医療機関名	医療法人うりずんの会 かりゆしクリニック	
		住 所	宜野湾市嘉数 4-19-3 TEL (098)898-0555	
		医 師 名	砂 川 隆 二 印	