**【入園児の健康診断票】**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏　名** |  | | | | **年　　　月　　　日生** | |
| **身長　　　　　　㎝** | | | **体重　　　　　　㎏** | **胸囲　　　　　　㎝** | | **頭囲　　　　　　㎝** |
| **栄　　　　養** | | **良　　　　・　　　　普通　　　　・　　　　不良** | | | | |
| **脊　　　　柱** | |  | | | | |
| **四　　　　肢** | |  | | | | |
| **リンパ腺腫脹** | |  | | | | |
| **皮　　　　膚** | |  | | | | |
| **眼（結膜炎）** | |  | | | | |
| **耳　　　鼻** | |  | | | | |
| **ヘルニア** | |  | | | | |
| **そ　の　他** | |  | | | | |

**上記により集団生活可能と認めます。**

**年　　　月　　　日**

**医　師　　　　　　　　　　　　　　　　　印**