

# 入園前健康診断票

一般社団法人リトルフォレスト  
キッズハウスゆめの森

氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	才 カ月
性別			

身長	cm	体重	kg
栄養状態	異常なし・異常あり ( )		
既往歴	なし・あり ( )		
視覚	異常なし・異常あり ( )		
聴覚	異常なし・異常あり ( )		
脊柱変形	異常なし・異常あり ( )		
その他			

上記の通り診断致します。

令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

医師名

印