

# 健康診断書

氏名 \_\_\_\_\_

身長	
体重	
栄養状態	
脊柱	
胸郭	
内部疾患	
耳鼻咽喉頭疾患	
皮膚疾患	
眼科疾患	
その他の疾患 及び異常	
アレルギーの 有無	アレルギーの種類
備考	

以上のとおり、発育及び発達の問題がなく、集団生活での生活に支障がないことを証明します。

平成 年 月 日

住 所  
電話番号  
医療機関名  
医師名

印