

## 身体検査書（月極）

氏名	ふりがな	男 女	生年月日	H	年	月	日
			住所				
①耳鼻咽喉系疾患	聴力 右( ) 左( ) 無 有 (病名 )						
②眼 系 疾 患	無 有 (病名 )						
③口腔の疾病及び異常	無 有 (病名 )						
④循環器系疾病	無 有 (病名 ) 心臓の疾病及び異常 無 有 (病名 )						
⑤呼吸系疾病	喘 息 無 有 その他 無 有 (病名 )						
⑥皮 膚 疾 患	アトピー性皮膚炎 無 有 その他 無 有 (病名 )						
⑦伝染性疾患	無 有 (病名 )						
⑧栄 養 状 態	肥 良 瘦 その他( )						
⑨既 往 症	大病など 無 有 (病名 )						
	手術など 無 有 (病名 )						
	けいれん 無 有 (病名 )						
	体質異常 無 有 (病名 )						
	アレルギー 無 有 (病名 )						
	その他 無 有 (病名 )						
⑩プール遊びに支障がある疾患	無 有 有の時の注意事項 ( )						
①～⑩の疾患についての注意事項						園外での保育に 参加できる 参加できない	
そ の 他	保育、集団生活に 支障のある疾患 無 有 (病名 )						
備 考							
<p>以上の診断により、園生活に支障がないことを認めます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医院住所 (TEL)</p> <p style="text-align: center;">医院名称</p> <p style="text-align: center;">医師名 <span style="float: right;">印</span></p>							