

　　入園前健康診断票

　　　　　　　（かかりつけのクリニックで受診ください。費用はご負担ください）

Marty’s International Kinder

園児名（ふりがな）　　　　　　　　　　　　　性別（○で囲う）　　生年月日（西暦で）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　　女　　　　　年　　　月　　　日

保護者名（ふりがな） 　　　　　　　　　現住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施日 | 年　　月　　日 | 備考 |
| 身長 | cm |  |
| 体重 | kg |  |
| 胸囲 | cm |  |
| 胸部（結核） | 有　　　　　無 |  |
| 栄養 | 良　　　　不良 |  |
| 脊柱 | 正 |  |
| 皮膚病 |  |  |
| その他の病気及び異常 |  |  |
| 概評 |  |  |
| 医師名 |  |  |