健 康 診 断 書

氏　　名 ：

性　　別 ：　　　　　男　　・　　　女

生年月日 ：　　　　　　年　　　月　　　日　（　　　歳）

住　　所 ：

１　身　　　長　　　　　　　．　ｃｍ

２　体　　　重　　　　　　　．　ｋｇ

３　頭　　　囲　　　　　　　．　ｃｍ

４　胸　　　囲　　　　　　　．　ｃｍ

５　アレルギー

６　疾　患　等

７　集団生活　　　　　可　　・　　不可

上記のとおり診断いたします。

　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

医療機関名 ：

住　　　所 ：

電話番号 ：

医　師　名 ：　　　　　　　　　　　　　印