

長尾学園身体検査書

氏名	ふりがな	男	生年月日	年	月	日
		女	住所			
①耳鼻咽喉系疾患	聴力	左	()	右	()	
	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循環器系疾患	無	有	(病名)		
	心臓の疾病及び異常	無	有	(病名)	
⑤呼吸器系疾患	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感染性疾患	無	有	(病名)		
⑧栄養状態	肥	良	瘦	その他	()
⑨既往歴	大病等	無	有	(病名)	
	手術等	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					
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						
以上の診断により園生活に支障がないことを認めます						
令和 年 月 日						
医院住所						
電 話						
医院名称						
医 師 名						
						印