

健康診断書

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	
身 長	cm
体 重	kg
栄 養 状 態	
脊 柱	
胸 郭	
内 科 疾 患	
耳 鼻 咽 喉 疾 患	
皮 膚 疾 患	
眼 科 疾 患	
その他の疾患 および異常	
アレルギーの 有 無	
備 考	

以上の通り、当該自動について発育及び、発達の問題がなく、集団内での生活に支障がないことを証明します。

令和 (2 0) 年 月 日

住所

電話番号

医療機関名

医師名