**健康診断記録**

**（○○○保育園）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | （　男　・　女　） | | | | |
| 生年月日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日生　　　（　　　　　　歳　　　　ヶ月　） | | | | |
| 検診年月日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 測定 | | 身長  ｃｍ | 体重  ｋｇ | 胸囲  ｃｍ | カウプ指数 |
| 聴診 |  | | | | |
| 栄養状態 |  | | | | |
| 脊椎・胸部 |  | | | | |
| 眼の疾病  及び異常 |  | | | | |
| 耳鼻咽頭疾患 |  | | | | |
| 皮膚疾患 |  | | | | |
| その他の疾病  及び異常 |  | | | | |
| 医師所見 | 集団保育　（　　　可　　　　・　　　不　　可　　　） | | | | |
| 病院名  医師名 | **印** | | | | |

※個人情報保護法にもとづいて、上記ご記入いただいた個人情報は適正に取り扱いいたします。