

健 康 診 断 書

施設名：_____

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日 生
児 童 名		性 別	年 齢
		男 ・ 女	満 歳
住 所	鹿児島県大島郡与論町大字		
■ 一般診察所見			
■ 食事のアレルギー			
■ 伝染性皮膚疾患			
■ その他疾病及び所見			
■ 通常保育に （ 1. 適する。 2. 不適である。 ）			
■ 集団保育に （ 1. 適する。 2. 不適である。 ）			
上記のとおり診断します。 年 月 日 所 在 地 ： 医 療 機 関 名： 医 師 名 ： 印			

※受診された後、入所する認定こども園、若しくは役場町民福祉課へ提出ください。

【お問合せ先】 与論町役場 町民福祉課 子育て支援係 TEL： 0997-97-4930