

診 断 書 (一時預かり保育用)

児 童 氏 名 _____ 男・女
生 年 月 日 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
現 住 所 泉大津市 _____

栄 養 状 態 普 通
栄 養 不 良
肥 満 傾 向
ア レ ル ギ ー ◎アトピー性皮膚炎
◎食物アレルギー (制限 有・無)
(卵・牛乳・大豆・その他 _____)

打聴診の結果 異常なし
異 常
(_____)

上記の通り診断いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病・医院の所在地 _____

病・医院の名称 _____

医 師 氏 名 _____ (印)

※この診断書は、一時預かり保育時に、いずみおおつアルザ一時保育ルームへ提出するものです。