

# 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、認定こども園一時預かり保育時に、認定こども園へ提出するものです。