

## Medical Certificate

Fill-in date 記入日			
Child's Name 氏名		Gender 性別	
Date of Birth 生年月日			
Address 住所			

Body measurement 身体測定値	Weight 体重	Height 身長	Chest girth 胸囲	Head girth 頭位	Kaup index カウプ指数

Nutritional condition 栄養状態	
Spinal column 脊柱	
Chest 胸郭	
Internal diseases 内科疾患	
Skin diseases 皮膚疾患	
ENT disease 耳鼻咽喉疾患	
Eye disease 眼疾患	
Oral disease 口腔疾患	
Other その他	
Behavioral development 行動発達	

General Health 所見	Name of the medical institution 医療機関名	
	Doctor's name 医師名	
	Address 所在地	
	Phone number 電話番号	