

# 就学時健康診断 問診票

この書類に係わる個人情報、就学時健康診断に関する業務以外の目的に使用することはありません。

フリガナ		男 女	平成	年	月	日生
児童名						
現住所	尼崎市					
フリガナ		自宅	TEL			
保護者名		携帯	TEL			
保育歴	( ) 幼稚園 ・ ( ) 保育所(園)					
入学までの 転居予定	無 ・ 有 ( 月頃 ) へ転居予定 分からない ( 月頃には分かる )					

◎下記について該当するものに○をつけてください。

- ・ 耳の様子 ( よく聞こえている ・ 少し聞こえにくいかもしれない )
- ・ 目の様子 ( よく見えている ・ 少し見えにくいかもしれない )
- ・ 一人で服を着たり脱いだりできますか。 ( できる ・ できない )
- ・ 一人で小便に行けますか。 ( 行ける ・ 行けない )
- ・ 一人で大便 (和式トイレ) ができますか。 ( できる ・ できない )
- ・ おもちゃなどの片付けができますか。 ( できる ・ できない )
- ・ 友達と仲良く遊べますか。 ( 遊べる ・ 一人遊びが多い )
- ・ 食べ物のアレルギーはありますか。 ( ある ・ なし )

◎小学校へ入学するにあたって、学校へ伝えておきたいことがあればご記入ください。

学校記入欄 (※この下は、記入しないでください。)

面談者 ( )

アレルギー書類