# 就学時健康診断 問診票

この書類に係わる個人情報は、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<br>児童名 | | 男<br>女 | 平成　　年　　月　　日 生 |
| 現住所 | 尼崎市 | | |
| フリガナ<br>保護者名 | | 自宅TEL<br>携帯TEL | |
| 保 育 歴 | （　　）幼稚園 ・ （　　）保育所(園) | | |
| 入学までの<br>転居予定 | 無 ・ 有 （　　月頃　　へ転居予定）<br>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〇をつけてください。

・耳の聞こえについて　（ よく聞こえている ・ 少し遠いかもしれない ）
・目の様子について　（ よく見えている ・ 少し見えにくいかもしれない ）

・一人で服を脱いだり着たりできますか。　（ できる ・ できない ）
・一人でおしっこに行けますか。　（ 行ける ・ 行けない ）
・一人で大便の始末（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。

| |
|---|
| |

※この下は、記入しないでください。　　面談者（　　）

| |
|---|
| （所見）<br><br>アレルギー書類 □ |