

## 就学児調査票

※受付で記入します  
番号

※役所に届けられた字を、かい書でお書き下さい。

ふりがな		男・女	平成 年 月 日生
児童名			
ふりがな		児童との続柄	(例 父, 母)
保護者名			
現住所	尼崎市武庫之荘 丁目 番 号 号室 (マンション名)		
電話番号	自宅	携帯	*よろしければ携帯の番号もご記入下さい。
小学校 入学前の経歴	*通園されている場合、直近のみご記入下さい。 *正式名称をお確かめの上、正確に書いてください。 幼稚園 保育所 (どれかに○をしてください) 保育園 平成・令和 年 月から令和 年 月まで		
①本校に兄、姉が在籍していますか。(兄か姉、学年・組を書いてください) いない・いる ( 年 組) ( 年 組) ( 年 組)			
②令和3年4月までに転居の予定がありますか。 ない・ある (令和 年 月ごろ 市へ)			
③本校以外の学校へ就学予定がありますか。 ない・ある ※今後、転居等予定変更がありましたら、速やかに学校へお知らせ下さい。			

	質問事項	回答	備考
生活面	①衣服の着替えが一人でできますか。	はい・いいえ	
	②排泄は、一人でできますか。(本校には和式もあります)	はい・いいえ	
	③好き嫌いなく、食事をとることができますか。また、食事に時間がかかりすぎることはないですか。	はい・いいえ	
	④友達と仲良く遊ぶことができますか。(今までにトラブルになって困ったことはありませんでしたか。)	はい・いいえ	
	⑤新しい環境に慣れるまで時間がかかりますか。	かからない・かかる	
健康面	⑥食物のアレルギーはありませんか。	ない・ある	
	⑦大きな病気にかかったことはありませんか。	ない・ある	

備考欄 (学校への要望、気を付けておくことなどがありましたらご記入ください。)

保護者面接終了後、回収いたします。

面接担当者 ( ) ※学校記入欄

記入例

就学児調査票

※受付で記入します  
番号

※役所に届けられた字を、かい書でお書き下さい。

ふりがな	むこ しょうこ		男・女	平成 ●● 年 ● 月 ● 日生
児童名	武庫 庄子			
ふりがな	むこ しょうた		児童との続柄	(例 父, 母)
保護者名	武庫 庄太			父
現住所	尼崎市武庫之荘 ● 丁目 ●● 番 ●● 号 ●●● 号室 (マンション名 ●●●●●●)			
電話番号	自宅 ●●●-●●●● 携帯 ●●●-●●●●-●●●● *よろしければ携帯の番号もご記入下さい。			
小学校 入学前の経歴	*通園されている場合、直近のみご記入下さい。 *正式名称をお確かめの上、正確に書いてください。 幼稚園 むこのしょう 保育所 (どれかに○をしてください) 保育園 平成・令和 ● 年 ● 月から令和 ● 年 ● 月まで			
①本校に兄、姉が在籍していますか。(兄か姉、学年・組を書いてください) いない・ <b>いる</b> (兄 5 年 3 組) ( 年 組) ( 年 組)				
②令和3年4月までに転居の予定がありますか。 <b>ない</b> ・ある (令和 年 月ごろ 市へ)				
③本校以外の学校へ就学予定がありますか。 <b>ない</b> ・ある ※今後、転居等予定変更がある場合、速やかに学校へお知らせ下さい。				

	質問事項	回答	備考
生活面	①衣服の着替えが一人でできますか。	<b>はい</b> ・いいえ	
	②排泄は、一人でできますか。(本校には和式もあります)	はい・ <b>いいえ</b>	失敗する時もある
	③好き嫌いなく、食事をとることができますか。また、食事に時間がかかりすぎることはないですか。	<b>はい</b> ・いいえ	
	④友達と仲良く遊ぶことができますか。(今までにトラブルになって困ったことはありませんでしたか。)	はい・ <b>いいえ</b>	すぐに手が出てしまう
	⑤新しい環境に慣れるまで時間がかかりますか。	かからない・ <b>かかる</b>	なかなか自分から話せない
健康面	⑥食物のアレルギーはありませんか。	ない・ <b>ある</b>	乳製品、卵、甲殻類
	⑦大きな病気にかかったことはありませんか。	<b>ない</b> ・ある	

備考欄 (学校への要望、気を付けておくことなどがありましたらご記入ください。)

動物アレルギーがあります。

保護者面接終了後、回収いたします。

面接担当者 ( ) ※学校記入欄

※受付で記入します  
番号

# 就学時健康診断票

						健康診断 年月日	令和 年 月 日
就学 予定者	氏名		性別	男女	保 護 者	氏名	
	生年月日	年 月 日生	年齢			現住所	
	現住所					就学予定者 との関係	
主な既往歴					食物アレルギー の有無	有 ・ 無	
予 防 接 種		インフルエンザ菌b型 (H i b)      小児肺炎球菌      B型肝炎 ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ      B C G 麻しん・風しん (第1期 第2期)      水痘      日本脳炎					
栄 養 状 態	栄養不良				耳 鼻 咽 頭 疾 患		
	肥満傾向						
脊 柱					皮 膚 疾 患		
胸 郭							
視 力	右	( )			う 歯	な し	
	左	( )				あ り	
聴 力	右				歯	その他の歯の疾病及び異常	
	左						
目の疾病及び異常					口腔の疾病及び異常		
その他の疾患及び異常							
担当医師所見							
担当歯科医師所見							
事 後 措 置	治療勧告						
	就学に関し 保健上必要 な助言						
	そ の 他						
備 考							

記入例

# 就学時健康診断票

※受付で記入します  
番号

太枠内をご記入ください。

				健康診断 年月日	令和●年●月●日	
就学 予定 者	氏名	尼崎 花子		性別	男	女
	生年月日	平成●年●月●日生		年齢	6	
	現住所	尼崎市三反田町1丁目1番1号				
主な既往歴		なし			食物アレルギー の有無	有・無
予防接種		インフルエンザ菌b型(Hib) 小児肺炎球菌 B型肝炎 ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ BCG 麻しん・風しん(第1期 第2期) 水痘 日本脳炎				
栄養 状態	栄養不良			耳鼻咽喉頭疾患		
	肥満傾向					
脊柱				皮膚疾患		
胸郭						
視力	右	( )		歯	なし	
	左	( )			あり	
聴力	右			歯	その他の歯の疾病及び異常	
	左					
目の疾病及び異常				口腔の疾病及び異常		
その他の疾患及び異常						
担当医師所見						
担当歯科医師所見						
事後 措置	治療勧告					
	就学に関し 保健上必要 な助言					
	その他					
備考						