

※太わく欄を記入の上、確認の係へ出してください。

# 就学児調査票

健康診断通知番号

児童	ふりがな		性別	男	生年月日	平成 年 月 日
	氏名			女		
	現住所	尼崎市				
保護者	ふりがな		家庭への連絡方法	電話	06-( )-	
	氏名			携帯電話	- -	
所属幼稚園・保育所名			( 市内 ・ 市外 )			
入学までの転居予定			・ない ・ある ( 市内 ・ 市外 )			
<b>問診記録</b>		・・・(学校で知っておいた方がよいと思われることをお書きください。)				
※目、耳について (例 遠視、難聴など)			・ない ・ある( )			
※病気について (例 腎炎、ひきつけ、心臓の病気など)			・ない ・ある( )			
※食物アレルギーについて (例 乳製品、甲殻類など)			・ない ・ある ※「ある」とお答えいただいた方は、どの食物で、どのような症状になるか具体的にお書きください。 (最後にアレルギーについての面接をさせていただく場合があります。) [ ]			
※その他 (例 排尿、食物アレルギー以外のアレルギーなど)			・ない ・ある( )			

※下の欄は記入しないでください。

面接記録	
	サイン( )