就学時健康診断等調査票

＊ はっきり、よくわかるように記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  ふりがな |  | 性別 |  生 年 月 日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 入学児童名 |  | 男女 | Ｈ 　 年 　 月 　日 |
|  ふりがな | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 続 柄 |
| 保護者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 例 父 (長男)　 　　　　 ( ) |
| 住 所　　　　　 | 尼崎市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡（ 　　 　　　　　　 ）携帯（　　　　　　　　　　　　） |
| 在園中の　幼稚園名保育所・園名を、お書きください | （ 　　 ）幼稚園　　　　　　　　　　　　　　（ 　　 ）保育所・保育園　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　 ）こども園（　　　　　　　　　　　）その他どちらにも該当しない場合は、下の（ ）内に具体的にお書き下さい。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 　　 ） |
| 在学中の兄弟姉妹関係 | 年 　　組　（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　年 　　組　（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　年 　　組　（　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 同学年の親戚関係 | 氏名（　　　　　　　　　　　　　　　）　　（　　　　　　　　　　　　　　　） |

＊健康状態、生活習慣等につき、おたずねします。正確に、くわしくお書き下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| １．心臓疾患、喘息や運動を制限されているけがや病気、アレルギー疾患がある場合、下の（ ）の中にお書き下さい。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　現在 （ ）　　  　　過去に　（ ）　アレルギー関係 （ ） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ２．食事、排せつ、衣服を着る、脱ぐなどが、大人の世話にならずにできますか。（◯で囲みます）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ア できる イ できない ウ できる事とできない事がある　　　 |
| ３．来年の４月までに転居の予定がありますか。（◯で囲みます）　　　　 ア 無 イ 有（ 月 日頃 方面へ）　　　　　　　　 |
| ４．保育上で、特にお困りの事や、ご相談されたい事があれば、お書き下さい。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　　＊連絡の必要上、携帯電話の電話番号もお書きください。