

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 Tel () 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 在園期間 (H 年 月 ~ R 年 月 卒業見込み) 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。