

※

受験
番号

保護者並びに医師殿

児童の健康管理において万全を期すため、入学前の健康調査に御協力よろしくお願い申し上げます。

帝塚山学院小学校

健康調査票

フリガナ		男・女	住所：
児童氏名			
生年月日	平成 年 月 日生		電話番号：

【保護者記入欄】

既往歴	かかったことのある疾患に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。	
	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 腎臓病
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎
	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> その他 []
アレルギー	食物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
	その他のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
その他	学校生活（プール・給食等を含む）の中で特別な配慮が必要な場合はご記入ください。	

【医師記入欄】

身長	cm	体重	kg	学校生活（プール・給食等を含む）の中で特別な配慮が必要な場合はご記入ください。
栄養	<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 肥満傾向 <input type="checkbox"/> やせ傾向			
脊柱	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 所見あり []			
胸郭	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 所見あり []			
尿検査	蛋白 [] 糖 [] その他 []			
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []			
心臓疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []			
呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []			
運動機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []			
その他の疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []			
上記のとおり診断いたします。				
年 月 日 所在地				
医療機関名				
医師氏名				

印