

○保護者並びに医師殿

本園に通園する園児に対して、保護上、万全を期したいと考えておりますので、入園前の健康診断を致したく、御多忙中御面倒をおかけしますが、御協力よろしくお願い申し上げます。

※	受験番号	
---	------	--

帝塚山学院幼稚園

健康調査票										
保護者記入欄	フリガナ		男・女		生年月日 年 月 日生					
	園児氏名									
	住所					電話番号				
	既往症		麻疹 (無・有)		風疹 (無・有)		流行性耳下腺炎 (無・有)		水痘 (無・有)	
			腎臓病 (無・有)		心臓病 (無・有)		リウマチ熱 (無・有)		蕁麻疹 (無・有)	
			喘息 (無・有)		川崎病 (無・有)		小児麻痺 (無・有)		薬疹 (無・有)	
			熱性痙攣 (無・有)		その他疾患 ()					
	食物アレルギー (無・有)					摂取できない食べ物 ()				
	その他のアレルギー (無・有)					原因となるもの ()				
	通常の幼稚園生活 (プール遊び、給食等を含む) の中で、特別な配慮が必要であれば、ご記入ください。									
園に携帯・預かりを希望する薬剤 (無・有)					薬剤 ()					
医師記入欄	身長 cm				体重 kg					
	脊柱 (正・円背・側彎)				胸かく (正・鳩胸・漏斗胸・扁平)					
	頸腺肥大 (無・有)				栄養 (可・要注意)					
	心臓疾患 (無・有) (有)の時、心電図検査の所見									
	呼吸器疾患 (無・有→)									
	消化器疾患 (無・有→)									
	運動機能障害 (無・有→)									
	その他疾患 ()									
備考所見				(通常の幼稚園生活で特別な配慮を必要とする場合等)						
上記のとおり診断いたします。										
年 月 日 医療機関の所在地 名称 医師氏名 (印)										

- 注 意 (1) 最寄りの病院・保健所・医院で診断を受けてください。
 (2) 全部記載してください。不明の箇所は、その旨お書きください。
 (3) 無・有のいずれかに○印を付けてください。