

健康調査票

フリガナ	生年月日 西暦	年	月	日
氏名	保護者氏名			

既往歴(保護者記入欄)

心臓病	無・有(病名)	才～	才
腎臓病	無・有(病名)	才～	才
けいれん	無・有(病名)	才～	才
小児喘息	無・有(病名)	才～	才
結核	無・有(病名)	才～	才
その他	無・有(病名)	才～	才

健康診断書

医師記入欄

項目	異常の有無	異常がある場合、ご記入ください。
心音(聴打診)	無・有	
脊柱	無・有	
皮膚	無・有	
検尿	無・有	
医師所見(就学上の注意等)		

上記の通り診断いたします。

西暦 年 月 日

医師 住所 氏名

