

健康調査票

アサンプション国際小学校

※保護者をご記入ください

(ふりがな) 名前		性別	生年月日	西暦
		男・女		年 月 日生 (H・R 年)
保護者名前				
既往症	心疾患 (有・無)	(病名)		
	腎疾患 (有・無)	(病名)		
	耳鼻咽喉疾患 (有・無)	(病名)		
	眼疾患 (有・無)	(病名)		
	アレルギー疾患 (有・無)	(病名)		
	けいれん (有・無)	(病名)		
	結核 (有・無)			
その他 (有・無)	(病名)			
お子様の心身について、伝えておきたい点がありましたら、ご記入ください				

健康診断書

身長		体重	
尿検査	結果		
内科診察	所見		
	就学上の注意事項等		
上記の通り診断いたします。			
西暦 年 月 日			
医療機関の所在地並びに名称			
医師名前			(印)