

就学時保健調査票

この就学時保健調査票は就学時健康診断や就学支援の参考にするためのものであり、この目的以外に使用することはありません。全てに記入し就学時健康診断時に提出してください。

No.

ふりがな ----- 児童氏名	現住所 千 ー 市		
ふりがな ----- 保護者氏名	現在の通園先 _____	こども園 幼稚園 保育園	保護者連絡先 TEL () ー

該当する方に○をつけてください。1～8で「はい」の場合は、〔 〕内に詳しく書いてください。

1	生まれつきの病気や心配なことがありますか。 いいえ はい []
2	現在、治療中の病気がありますか。 いいえ はい []
3	今までに心臓の病気や心配なことがありましたか。 いいえ はい []
4	けいれんを起こしたことがありますか。 いいえ はい []
5	アレルギー体質といわれたことがありますか。 いいえ はい []
6	今までに眼の病気や心配なことがありましたか。 いいえ はい []
7	頭を左右どちらかに傾げる。または、あごを上（下）げて、ものを見ることがありますか。 いいえ はい []
8	眼（視線）が上や外にずれることがありますか。 いいえ はい []
9	瞳の中央（奥の方）が白く光っていますか。 いいえ はい
10	自分で衣服や靴の着脱ができますか。 はい いいえ
11	自分で排便や排尿の始末ができますか。 はい いいえ
12	自分の名前をひらがなで読むことができますか。 はい いいえ
13	同じ年頃の子どもと遊ぶことができますか。 はい いいえ
14	就学にあたり、心身の健康や発達の面で心配なことや配慮を要することがありましたら、お書きください。