

病院受診の場合は、母子手帳を持参のうえ、健診を受けてください。
※定期健診等にて病院受診不要な方は、保護者記入欄のみご記載ください。

▶保護者記入欄

ふりがな

児童氏名：男・女 内定施設名（ ）

住 所：〒

生年月日：年 月 日（ ）歳 保護者（ ）
電話番号

- ①出生体重（ ）g
- ②先天性の病気はありますか。（該当するものに✓印）
☐ はい（病名： ） ☐ いいえ
- ③ケガや病気で入院・手術などの経験はありますか。
☐ はい（病名： ）いつ頃ですか（ ）頃
☐ いいえ
- ④ひきつけ、けいれんをおこしたことがありますか。
☐ はい 1熱性 2無熱性 3てんかん 4その他（ ）
今までに何回ありましたか 回 初発 歳 か月の時
☐ いいえ
- ⑤アレルギー体質がありますか。
☐ はい 1食べ物（ ）除去は 必要・不要
2動物・植物（ ）3薬品（ ）
4その他（ ）
☐ いいえ
- ⑥以下の既往がありますか。
喘息 ☐ なし ☐ 既往あり ☐ 治療中
アトピー性皮膚炎 ☐ なし ☐ 既往あり ☐ 治療中
肘内障（肘の脱臼） ☐ なし ☐ 既往あり （右 回 左 回）
- ⑦日常服用しているくすりはありますか。
☐ はい（薬品名： ） ☐ いいえ

健康診断書（大東市保育所等入所前）

▶医師記入欄

心臓	異常なし・特記事項（ ）
脊柱・胸郭	異常なし・特記事項（ ）
四肢の状態	異常なし・特記事項（ ）
栄養状態	良好・要注意（ ）
アレルギー	なし・あり（ ）
皮膚の異常	なし・あり（ ）
その他	なし・あり（ ）

上記の通り診断します。

令和 年 月 日

住所

医師 氏名 印

-----✂-----✂-----✂-----✂-----

保育所等入所前健康診断費 受領書 令和 年 月 日

金額		¥	3	3	0	0
----	--	---	---	---	---	---

但し、保育所等入所前健診として
医療機関名

印