

健康診断問診票

自費にて受診をお願いいたします

ふりがな 児童名		生年 月日	平成 / 令和 年 月 日生 ( 歳 カ月)
-------------	--	----------	---------------------------

◆太枠内のみ保護者様でご記入の上お持ちください。

医師による健康診断		問診（該当するところに○印およびご記入ください）		
栄養状態		1	出生時体重 _____ 出産の状況 <u>正常</u> 異常 ( _____ ) 寝返り _____ カ月 おすわり _____ カ月 歩行開始 _____ カ月 ハイハイ _____ カ月 言葉の始め _____ カ月 ※マンマ・ブーブーなど	
脊柱			2	耳はよく聞こえますか はい・いいえ
頸部			3	目はよく見えますか はい・いいえ
リンパ腺腫張			4	脱臼したことがありますか はい・いいえ
口腔部			5	喘息・気管支炎にかかったことがありますか はい・いいえ
胸部			6	ひきつけをおこしたことがありますか どういう状態の時でしたか 何か対処法を支持されていますか ( _____ ) はい・いいえ
腹部			7	アレルギー体質ですか 何のアレルギーですか ( _____ ) はい・いいえ
四肢		8	心臓病またはその疑いがあるといわれたことがありますか ( _____ ) はい・いいえ	
皮膚		9	その他大きなけがや病気をしたことがありますか 骨折・やけど・肺炎など ( _____ ) はい・いいえ	
眼		10	現在、お子さんの心身の健康状態について気になっていることがあれば記入ください。（ことば・対人関係・他）	
耳				
鼻				
医師の所見				
身長	c m			
体重	k g			
胸囲	c m			

上記の通り証明いたします。

令和 年 月 日

医院名

医師

印