

健康調査票

大阪金剛インターナショナル小学校

英字		性別		西暦	年
名前		男・女	生年月日	月	日生
既往歴	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:)	
<p>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。</p>					