

# 誰でも通園利用前健診

健診日 20 年 月 日

※太枠内を記入してかかりつけ医を受診してください。

名前	(ふりがな)		
生年月日	(西暦) 20 年 月 日 ( 歳 ヶ月)		
出下時体重	g	妊娠期間	W
栄養法	母乳 ・ 混合乳 ・ 人工乳 離乳食 ・ 乳児食 ・ 幼児食		
アレルギー	無 ・ 有 食品 薬品 ・ その他		
けいれん	無 ・ 有 初回： 歳 ヶ月 最終： 歳 ヶ月		
既往歴・入院歴	無 ・ 有 病名： (		
健康面でこども園に 伝えておきたいこと			

## ※医師記入欄

身長	cm	体重	kg	カウプ指数：
聴診		眼		
体格		耳		
皮膚		鼻		
脊柱		咽頭		
歯		股関節可動		
陰部				
移動方法	独歩 ・ 数歩 ・ ハイハイ ・ つかまり立ち ・ 寝返り ・ 臥位			
医師所見				

\*費用は自費となります。かかりつけ医にお支払いください。

病院名・医師名