

# 健康調査票

箕面自由学園小学校

※保護者をご記入ください

(ふりがな) 名前		性別	生年月日	西暦 年 月 日生 (平成 年)
		男・女		
保護者名前				
既往症	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 )			
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				

## 入試面接 事前アンケート

○本学園に兄弟が在籍していますか。○印をつけて学年・組、お名前をご記入ください。

- (        ) 幼稚園 (                      組) (                      )
- (        ) 小学校 (        年        組) (                      )
- (        ) 中学校 (        年        組) (                      )
- (        ) 高等学校 (        年        組) (                      )

○健康安全面から食べることのできない食品名またはアレルギー源をすべてご記入ください。

- ア、あります。
- イ、ありません。