

年 組 番号				
年		組		番

小児生活習慣病予防健診調査票

健診年月日 年 月 日

下の枠内をご記入ください。

学校コード				
学校名				
氏 名			性 別	男・女
生年月日	平成・令和	年	月	日 (歳)
身 長	c m	体 重	k g	

*以下の質問にお答えください。

質問 1 ご家族の中で、健康診断のときやあるいはお医者さんから次のような病気と診断された方、又は気をつけるように言われた方がいらっしゃいますか。

該当する項目に○印を記入してください。(※なしの場合、空欄にしてください。)

	狭心症	心筋梗塞	脳卒中	脂質異常症	糖尿病	高血圧	肥満
父 親							
母 親							
祖父母							
兄弟姉妹							

質問 2 お子様は現在、糖尿病と診断されていますか。

はい ・ いいえ

以下の欄には記入しないでください。

血 圧	/	/	/
-----	---	---	---