

## 2歳6か月児健康診査問診票

--

ふりがな		令和      年      月      日生(第    子)		家族:本児以外の家族構成						
本人氏名				続柄	年齢	続柄	年齢	続柄	年齢	
住所	大津市 <div>(学区名 ) 近々転居の予定はありますか( いいえ・ はい )</div>									
	TEL		TEL							
	連絡先①	父・母・祖父・祖母・その他( )		連絡先②	父・母・祖父・祖母・その他( )					
通園あり( )保育園、こども園等    ・    なし				出生時身長		cm	出生時体重			g

◆母子健康手帳などを参考にして、あてはまるものには○をつけ、( )内に記入してください。

[illegible]

その他、保護者自身等のことで相談したいことがあればご記入ください(健康や家族関係など)。