

※受験番号

健康診断書

※受験番号は保護者をご記入ください。

ふりがな			男 女	現住所		
氏名						
生年月日	西暦 _____年 _____月 _____日生		保護者氏名			
主な既往症						
身長			cm	聴力 [1000Hz 30dB] [4000Hz 25dB]	右	正・難
体重			kg		左	正・難
視力	右	()		アレルギー	有 ・ 無	
	左	()			有の方はアレルギーを記入してください。	
	乱視 ・ 遠視					
目の疾病					※ 学校生活や宿泊を伴う校外学習に配慮を要する場合は必ず記入してください。 [神経・呼吸器・腎臓・耳鼻咽喉頭・整形外科・歯科口腔 など]	
内科	栄養状態					備考
	脊柱郭					
	皮膚の状態					
	心臓					

※ 所見のない欄は斜線を引いてください。

上記のとおり診断いたします。

西暦 _____年 _____月 _____日

所在地

病院・診療所等名称

医師氏名

