

入学志願者健康診断書

受験番号

国府台女子学院 小学部

| | | | | | | |
|-------------|---|-----|------|--------|-------|----|
| ふりがな | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日生 |
| 志願者氏名 | | | 現住所 | | | |
| 保護者氏名 | | | | | | |
| 身長 | | | 体重 | Kg | | |
| 視力 | 右 | () | 聴力障害 | 右 | 有 ・ 無 | |
| | 左 | () | | 左 | 有 ・ 無 | |
| 栄養状態 | | | | 既往症 | | |
| 脊柱 | | | | 心臓病 | 才 | |
| 胸郭 | | | | 腎臓病 | 才 | |
| 心臓の疾患及び異常 | | | | 川崎病 | 才 | |
| 眼の疾患及び異常 | | | | 喘息 | 才 | |
| 耳鼻の疾患及び異常 | | | | 小児結核 | 才 | |
| 皮膚疾患 | | | | けいれん体質 | 才 | |
| 口腔の疾患及び異常 | | | | 頭部外傷等 | 才 | |
| その他の疾患及び異常 | | | | 溶連菌感染症 | 才 | |
| その他 特記事項 | | | | その他 | | |

※ 該当しない欄は斜線を引いてください。

上記の通り診断いたします。

年 月 日

住 所

実施医療機関名

医 師 氏 名

印