

※本書類の目的は、学校で特別な配慮が必要な内容を伺うことです。視力・聴力の項目に数値を記入するのではなく、日常生活に支障があるか否かでご記入下さい。

健康診断書

受験番号



※受験番号は受験票を出した時点でご記入下さい。

日出学園小学校長様

受験者氏名	(男・女)
生年月日	平成 年 月 日生
住所	※ 都道府県からご記入下さい。
保護者氏名	

栄養状態	<p>こちらの項目には特記事項が無ければ、<u>斜線</u>を引いて下さい。</p> <p>「<u>異常なし</u>」</p> <p>「<u>所見なし</u>」</p> <p>などの記載も可</p> <p>※視力・聴力は数値の記載ではありません。</p>	既往症	心臓病	<p>該当の項目があれば、<u>発症年齢</u>をご記入下さい。 (例：2歳～) (例：生後～3歳完治)</p> <p>特に当てはまらない場合には<u>斜線</u>を入れて下さい。</p>
脊柱・胸郭			腎臓病	
心臓・疾病・及び異常			川崎病	
皮膚疾患			喘息	
運動機能障害			小児結核	
言語障害			けいれん体質	
視力障害			交通事故等による頭部外傷等	
聴力障害	食物アレルギー	<p>(有 無)</p> <p>原因食物のわかる場合はご記入ください。</p>		
その他 (運動制限などありましたら、ご記入ください)	その他	<p>記載すべき内容があれば、ご記入下さい。</p>		

※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
医療機関名

医師氏名 印

※該当する方に○を付けて下さい。