

受験
番号

健康診断書

日出学園小学校長様

受験者氏名	(男・女)
生年月日	年 月 日生
住所	
保護者名	

栄養状態		既往症	心臓病		
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	右			交通事故等による 頭部外傷等	
	左				
聴力障害	右			食物アレルギー	(有・無) 原因食物のわかる場合は ご記入ください。
	左				
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		

※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