

※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	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		既 往 症	心 臓 病	この項目には 特記事項が無ければ、 <u>斜線</u> を引いて下さい。 「 <u>異常なし</u> 」 「 <u>所見なし</u> 」 などの記載も可 ※視力・聴力は数値の記載ではありません。	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) 特に当てはまらない場合には <u>斜線</u> を入れて下さい。	
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		往 症	交通事故等による 頭 部 外 傷 等	（有 無） 原因食物のわかる場合は ご記入ください。	
	左					
聴 力 障 害	右		食物アレルギー	記載すべき内容 があれば、ご記入 下さい。		
	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

※該当する方に○を付けて下さい。