

受験番号

健康調査票

川村小学校

ふりがな		生年	平成	年	月	日生
氏名		月日			()	歳

身長				cm	体重				kg	
視力	矯正	右	無	・	有	聴力	右	正	・	難
		左	無	・	有		左	正	・	難
アレルギーの有無			無 ・ 有 ()							
呼吸器疾患			無 ・ 有 ()							
心臓疾患			無 ・ 有 ()							
運動機能状態			良好 ・ 注意あり ()							
慢性疾患			無 ・ 有 ()							
その他の疾病及び異常			無 ・ 有 ()							
医師所見 (就学上の注意など)										

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印