

かかりつけのクリニック等で結構です。個々の専門医に行く必要はありません。

		受験番号		
聖心女子学院 初等科 1 年 入学志願者健康診断書				
氏名	(ふりがな)	女	平成	年 月 日生
現住所				
身長	cm	眼疾患	無・有 ()	
体重	kg	耳鼻咽喉疾患	無・有 ()	
栄養状態 (肥満傾向など)		皮膚疾患	無・有 ()	
脊柱・胸郭 (側彎など)	※1	心臓疾患	無・有 () ※2	
視力障害	右	無・有	アレルギー	・食物アレルギー 無・有 (原因食物)
	左	無・有		
聴力障害	右	無・有		・その他のアレルギー 無・有 (原因物質)
	左	無・有		
現在治療している疾患	無・有 ()			
その他の既往症	無・有 ()			
備考	日常生活を送る上で必要な配慮 等			
上記の通り診断致します。				
			平成	年 月 日
病院名	診断書の日時は、今年の8月1日以降のものです。			
所在地				
外国にお住まいの場合は、現地の医療機関で結構です。		電話 () - () - ()		
		代表医氏名	印	

注意 受験番号を除いた各欄を空欄のないようにご注意ください。

※1 レントゲン検査は必要ありません。

※2 心電図検査は必要ありません。