受験番号	—
------	---

聖心女子学院 初等科 年 入学志願者健康診断書

氏名	(ふりがな)	女	20	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) ・その他のアレルギー 無・有 (原因食物)
	左	無・有		
聴力障害	右	無・有		
	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。

20 年 月 日

病院名

所在地

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。