

受験番号

聖心女子学院 初等科 5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 (原因物質 ())		
	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					
上記の通り診断いたします。						
			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。太枠は保護者をご記入ください。

※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。

※3 使用用紙(白色 A4 160g/m² 程度)