

			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	2 0 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。 2 0 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にご注意ください。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)