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	西暦　　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

上記の通り診断いたします。

西暦　　年　　月　　日

病院名

所在地

電話（　　）－（　　）－（　　）

代表医氏名　　印

注意　受験番号を含め、空欄がないようにご注意ください。太枠は保護者がご記入ください。

※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。