

入学志願者健康診断書

江戸川学園取手小学校

ふりがな			平成	年	月	日生	受験 番号	
氏 名	男・女		() 才			※記入不要		
身 長	. cm		体 重	. kg				
視 力	右	. (.)	聴 力	右	異常 無 ・ 有			
	左	. (.)		左	異常 無 ・ 有			
眼 疾	無 ・ 有 ()		耳 疾	無 ・ 有 ()				
現 症	特記すべき既往症について（アレルギーを含む）は、具体的にご記入をお願いします。							
診断の結果上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 病院名 (所在地・TEL) 医師名 ⑩								

※かかりつけの医療機関等で受診してください。