

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・令和	年		受験 番号 ※記入不要	
氏 名	男・女		月	日生	() 才		
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 ()			
アレルギーの有無		無 ・ 有 ()					
呼 吸 器 疾 患		無 ・ 有 ()					
心 臓 疾 患		無 ・ 有 ()					
その他の疾患及び異常		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 印							

※かかりつけの医療機関等で受診してください。