

受験番号
※

# 健康調査票

川村小学校

ふりがな		生年	平成	年	月	日生
氏名		月日			( )	歳

身長	cm			体重	kg		
視力	矯正	右	無 ・ 有	聴力	右	正 ・ 難	
		左	無 ・ 有		左	正 ・ 難	

アレルギーの有無	無 ・ 有 ( )
----------	-----------

呼吸器疾患	無 ・ 有 ( )
-------	-----------

心臓疾患	無 ・ 有 ( )
------	-----------

運動機能状態	良好 ・ 注意あり ( )
--------	---------------

慢性疾患	無 ・ 有 ( )
------	-----------

その他の疾病及び異常	無 ・ 有 ( )
------------	-----------

医師所見 (就学上の注意など)	
--------------------	--

上記のとおり診断いたします。
令和 年 月 日
医療機関名
医師名
印

※印の欄は記入しないでください。