

受験番号

健康調査票

川村小学校

ふりがな 氏名	生年 月日	年月日生 ()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