

受験番号

健康調査票

川村小学校

ふりがな		生 年		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				