

|      |
|------|
| 受験番号 |
|      |

健康調査票

川村小学校

|      |  |     |    |   |       |    |
|------|--|-----|----|---|-------|----|
| ふりがな |  | 生 年 | 令和 | 年 | 月     | 日生 |
| 氏 名  |  | 月 日 |    |   | (   ) | 歳  |

|                    |        |   |                 |     |    |       |  |
|--------------------|--------|---|-----------------|-----|----|-------|--|
| 身 長                | cm     |   |                 | 体 重 | kg |       |  |
| 視 力                | 矯<br>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<br>(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 |  |  |