

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	年	月	日生	受験 番号	
氏名	男・女		()才				※記入不要	
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。							
<p>診断の結果上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>病院名 (所在地・TEL)</p> <p>医師名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>								

※かかりつけの医療機関等で受診してください。