

健康調査票

ふりがな 受験者氏名	性別		生年月日（西暦） 年 月 日生
---------------	----	--	------------------------

保護者記入欄

既往症 ※どちらかに○をつけてください。

1. 心臓の疾患	無・有	（病名	:	才	ヵ月頃）
2. 血液の疾患	無・有	（病名	:	才	ヵ月頃）
3. 腎臓の疾患	無・有	（病名	:	才	ヵ月頃）
4. 川崎病	無・有	（		才	ヵ月頃）
5. 喘息	無・有	（		才	ヵ月頃）
6. その他の疾患	無・有	（病名	:	才	ヵ月頃）

アレルギー

1. 薬	無・有	（原因物質：
2. 食べ物	無・有	（原因物質：
3. その他	無・有	（原因物質：

上記の通り間違いありません。

保護者氏名 _____ 印

下記是最寄りの医療機関・保健所で診断を受けてください。

医師記入欄

項目	所見	記載欄	
心音	異常無・異常有		
アレルギー	異常無・異常有		
運動機能	異常無・異常有		
聴力（会話法）	異常無・異常有		
その他	異常無・異常有		
身長	. cm	体重	. kg
医師所見 （医学上の注意）			
上記の通り診断いたします。 (西暦) 年 月 日			
所在地：		電話 ()	
病院名：			
医師名：		印	

〈医師へのお願い〉 ①所見については、該当項目に○をお付けください。
「異常有・要注意」の場合には記載欄に詳しくご記入ください。
②押印もれのないように、ご注意ください。

健康調査票

ふりがな 受験者氏名	そう た じゅう 創 西 太 郎	性別	男	生年月日 (西暦)	2011 年 4 月 2 日生
---------------	---------------------	----	---	-----------	-----------------

保護者記入欄

既往症

※どちらかに○をつけてください。

- | | | | | | |
|-----------|-------|--------------|---|---|------|
| 1. 心臓の疾患 | (無)・有 | (病名 | : | 才 | ヵ月頃) |
| 2. 血液の疾患 | (無)・有 | (病名 | : | 才 | ヵ月頃) |
| 3. 腎臓の疾患 | (無)・有 | (病名 | : | 才 | ヵ月頃) |
| 4. 川崎病 | 無・(有) | (4 才 5 ヵ月頃) | | | |
| 5. 喘息 | 無・(有) | (2 才 6 ヵ月頃) | | | |
| 6. その他の疾患 | (無)・有 | (病名 | : | 才 | ヵ月頃) |

アレルギー

- | | | | |
|--------|-------|-------------------|---|
| 1. 薬 | (無)・有 | (原因物質: |) |
| 2. 食べ物 | 無・(有) | (原因物質: 卵, そば) |) |
| 3. その他 | 無・(有) | (原因物質: ハウスダスト, 猫) |) |

上記の通り間違いありません。

保護者氏名

創 西 一 郎



下記是最寄りの医療機関・保健所で診断を受けてください。

医師記入欄

項 目	所 見	記 載 欄	
心 音	異常無・異常有	医師に記入を してもらって ください。	
アレルギー	異常無・異常有		
運動機能	異常無・異常有		
聴力 (会話法)	異常無・異常有		
そ の 他	異常無・異常有		
身 長	. cm	体 重	. kg
医師所見 (医学上の注意)			
上記の通り診断いたします。 (西暦) 年 月 日			
所在地:		電話 ()	
病院名:			
医師名:		印	

〈医師へのお願い〉 ①所見については、該当項目に○をお付けください。
 「異常有・要注意」の場合には記載欄に詳しくご記入ください。
 ②押印もれのないように、ご注意ください。