

入学許可者健康診断書

受験番号 _____

氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____

耳 鼻	聴 力	右 () 左 ()
	疾患・その他	
	学校での配慮	要 () ・ 不要

年 月 日 医療機関住所・医療機関名

医師名 _____

眼	視 力	右裸眼 (矯正) ・ 左裸眼 (矯正)
	眼 位	
	色 覚	
	疾患・その他	
	学校での配慮	要 () ・ 不要

年 月 日 医療機関住所・医療機関名

医師名 _____

内 科	身長／体重	() cm / () kg
	聴 診	
	血 圧	/ mmHg
	検 尿	蛋白 () 糖 () 潜血 ()
	既 往 症	なし・あり ()
	現在経過を みている病気等	なし・あり ()
	身体障害	運動障害 ・ 言語障害 ・ その他 ()
	その他特記事項	

年 月 日 医療機関住所・医療機関名

医師名 _____