

新渡戸文化小学校 入学健康診断票

(西暦)

年

月

日 記入

受験番号		氏名	ふりがな	(西暦)	
				年	月
					日生
					男 ・ 女

保護者記入欄

○出生のようす 生週数 週 体重

○今までにかかった病気

 心臓疾患 才・病名

 腎臓疾患 才・病名

 川崎病 才

 喘息 才

 その他 才・病名

○現在治療中・通院中の病気やケガ 有 ・ 無

 【有】の場合は詳細をご記入ください

[]

○アレルギーの有無 有 ・ 無

 ・薬剤 ()

 ・食品 ()

 ・その他 ()

 アナフィラキシーをおこしたことが 有 ・ 無

 エピペン処方 有 ・ 無

○『就学前健診』は受けましたか 済 ・ 未

 【済】の方は受けた自治体と健診日をご記入ください。

 【未】の方は受ける予定の自治体と健診日をご記入ください。

 自治体 () 日付 ()

※就学前健診は必ず受け、結果をご提出ください。

医師記入欄

○身長 . c m ○体重 . k g

○視力 右 . (.)

 左 . (.)

○聴力 右 正 ・ 難 左 正 ・ 難 !※会話法でも可

骨折などの一時的な運動機能障害がある場合や、身体活動を含む入学試験に何らかの支障が生じる可能性があると考えられる場合にご記入ください。

[]

診察日 年 月 日

医療機関名

医師氏名 印