

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	そうか 創価	たろう 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 | <input checked="" type="radio"/> 無・有 | (病名 | : | 才 | ヵ月頃) |
| 2. 血液の疾患 | <input checked="" type="radio"/> 無・有 | (病名 | : | 才 | ヵ月頃) |
| 3. 腎臓の疾患 | <input checked="" type="radio"/> 無・有 | (病名 | : | 才 | ヵ月頃) |
| 4. 川崎病 | 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 | (| 4 才 5 ヵ月頃) | | |
| 5. 喘息 | 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 | (| 2 才 6 ヵ月頃) | | |
| 6. その他の疾患 | <input checked="" type="radio"/> 無・有 | (病名 | : | 才 | ヵ月頃) |

アレルギー

- | | | | |
|--------|---------------------------------------|--------------------------|---|
| 1. 薬 | <input checked="" type="radio"/> 無・有 | (原因物質: |) |
| 2. 食べ物 | 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 | (原因物質: 卵、そば) |) |
| 3. その他 | 無・ <input checked="" type="radio"/> 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 **創価 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	
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 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	

医師に記入を
してもらって
ください。

〈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。