自 由 学 園 初 等 部 入 学 志 願 者 健 康 診 断 書

児童の健康状態について、かかりつけの医師の健康診断をうけ、願書とともに提出して下さい。

ふりがな 氏　名		男・女	生年月日	西暦　　年　　月　　日 （満　　才　　ヶ月）

既　往　症：　な　し　・　あ　り

ありの場合該当するものに〇印をつけてください

心疾患・腎疾患・喘息・結核性疾患・川崎病・小児マヒ・ひきつけ・神経症

入院した病気・けが（　　）・その他（　　）

予防接種：受けた予防接種に〇印をつけてください。

ポリオ　　Hib　　肺炎球菌　　3種混合（DPT）　　4種混合（DPT＋ポリオ）

BCG　　麻疹・風疹（MR）　　日本脳炎　　水痘（みずぼうそう）

身　長	.　　cm	体　重	.　　kg

視　力	右	正　常　・　異　常（　メガネ・コンタクト　：　無　・　有　）
	左	正　常　・　異　常（　メガネ・コンタクト　：　無　・　有　）
聴　力	右	正　常　・　異　常（　　）
	左	正　常　・　異　常（　　）
運動機能		異 常 な し　・　あ　り（　　）
アレルギー		な　し　・　あ　り（　食 物・皮 膚・喘 息・他＿＿＿＿＿＿＿＿）
		集団給食において除去食の必要性：　な　し　・　あ　り
聴打診・触診	頸部	所 見 な し　・　あ　り（　　）
	胸部	所 見 な し　・　あ　り（　　）
	腹部	所 見 な し　・　あ　り（　　）

その他（学校生活に配慮の必要性があると考えられるものがありますか）

該当するものに〇印をつけてください。　　特になし　・　あ　り（詳細記載）

年　　月　　日

医療機関名・住所・電話番号

医師氏名　　印

＊　記入上の注意　　1611

1）2ヶ月以内の医師（できればかかりつけ医）による診断であること。視力・聴力は特に機器などを使わず内科医の判断で可。

2）親族が医師である場合は、他の医師による健康診断書を提出すること。

3）記載不備や虚偽の記載がありますと入学後学校生活で大変困ることがあります。よろしくご高配下さい。