

受験児健康調査書

受験番号	
------	--

1. 医療機関の指定はございません。お近くの医療機関にて受診してください。
2. 診断結果は合否には関わりません。
3. 右上の受験番号を忘れずにご記入ください。受験番号は受験票(10月1日以降出力可能)にてご確認ください。

○保護者記入欄

ふりがな		性別		生年 月日	西暦	年	月	日生
受験児氏名								
現住所	〒(-)				電話			

○医師による診断

項目	いずれかを○で囲む	病名、所見、注意点等をお書きください
1. 運動機能状態	良好・注意点あり	
2. 慢性疾患	なし・あり	
3. アレルギー疾患	食物アレルギー	なし・あり
	喘息	なし・あり
	アトピー性皮膚炎	なし・あり
	その他	なし・あり
4. 学校生活での注意点		
5. 診察所見		

上記のとおり診断します

2025年 月 日

医療機関所在地

電話番号

医療機関名

医師氏名



学校医 記入欄	
------------	--