

定期健康調査票

日本航空高等学校

フリガナ				生年月日		平成 年 月 日生	
氏名							
身長	cm	体重	kg	視力	右 () 左 ()	聴力	右 () 左 ()
アレルギーの状況 (必ず記載してください)		アレルギー無し ・ アレルギー有り (有りの場合には詳細を特記事項欄に記載)					
色覚 (航空科希望者のみ記載)		異常無し ・ 異常有り ()					
<p>◇特記事項 (定期通院・持病・アレルギーの詳細、生活上の留意事項などがあれば記入)</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>(特記事項がない場合には「特になし」と記載してください)</p> <p style="text-align: center;"><u>上記のとおり相違ありません</u></p> <p>西暦 年 月 日</p> <p>記載責任者 (医師又は養護教諭)</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>							

※学校・寮生活上の問題がある場合、医師による記入または健康診断書の添付をお願いします。
 ※特記事項がない場合、または軽度の場合には中学校養護教諭による記入、捺印をお願いします。

受 験 番 号
※