

定期健康調査票

日本航空高等学校

フリガナ									
氏名				生年月日	平成	年	月	日生	
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 ※アレルギーの有無を本欄に記載し、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 ()								
◇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)									

(特記事項がない場合には「特になし」と記載してください)									
<u>上記のとおり相違ありません</u>									
令和 年 月 日									
記載者 (医師又は学校関係者)							印		

※学校で実施された検診の結果を転記してください。

※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。

受験番号

※