

# 定期健康調査票

日本航空高等学校石川

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 ※学校生活に差し支えがある場合のみ詳細を特記事項欄に記載							
色覚 (航空希望者のみ記載)	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>								
西暦 年 月 日								
記載責任者 (医師又は養護教諭)							⑩	

※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
※