2027

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）

上記のとおり相違ありません

西暦　　年　　月　　日

記載責任者　　㊞
（医師又は養護教諭）

※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、捺印でお願いします。

受　験　番　号
※