

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 ※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
※