

# 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 ( )<br>左 ( ) |
| アレルギーの状況<br>(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<br>(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<br>(医師又は学校関係者)                        |  |    |    |      |       |       | ㊟  |                |

※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 |
| ※    |