



健康診断書

Laurus International School of Science 御中

氏名			住所		
	男 ・ 女				
生年月日	年	月	日生	保護者名	
栄養状態			心臓病	年	月
脊柱・胸郭			腎臓病	年	月
心臓・疾病・及び異常			川崎病	年	月
皮膚疾患			喘息	年	月
運動機能障害	有 () 無		小児結核	年	月
視力障害	有 () 無		既往症	けいれん性疾患	有 無
聴力障害	有 () 無			交通事故等による 頭部外傷等	年
言語障害	有 () 無		アレルギー性疾患	①食物 (有 無) ②アナフィラキシー(有 無) ③原因食物の分かる場合は、 ご記入ください。	
その他				その他	

※該当しない欄は斜線を引いてください。 ※ご家族の方による記入はご遠慮ください。

上記の通り診断いたします。

年 月 日

住所

医療機関名

医師名

印

個人情報の取り扱いについて

※願書受付時に知りえた受験者及びその家族の個人情報は、入試業務に限定して使用します。
 ※上記利用目的の為、必要な範囲内で業務を委託する場合及び法律等に基づく要請による場合を除き、
 受験者及びその家族の個人情報を第三者には提供いたしません。
 ※またその個人情報は、入試業務終了後、適宜、適切に破棄いたします。



CERTIFICATE OF HEALTH

Laurus International School of Science

Student's Name		Address				
(Male • Female)						
Date of Birth		Parent's Name				
Nutritional deficiency		Past illnesses	Cardiac disease	(y)	(m)	
Suspected scoliosis or thorax deformation			Kidney disease	(y)	(m)	
Irregular pulse or other heart condition			Kawasaki disease	(y)	(m)	
Serious and/or contagious skin condition			Wheezing	(y)	(m)	
Impaired motor function	Yes / No		Infant tuberculosis	(y)	(m)	
Impaired vision	Yes / No		Convulsive disorders	Yes / No		
Impaired hearing	Yes / No		Serious injury resulting from accident	(y)	(m)	
Language disorder	Yes / No		Allergic reactions	①Food Yes / No ②Anaphylaxis Yes / No ③Details regarding food allergies:		
Other				Other conditions:		
Additional information:			Additional information:			

*Please draw a diagonal line for contents that are not applicable.

*This document must be completed by an independent medical professional.

Date:

Address:

Hospital name:

Doctor's Signature:

Use of personal information

*Personal information of examinees is used only for the purpose of the entrance examination.

*We will not provide personal information of examinees to third parties unless it is within the necessary range and request based on law.

*We will properly discard personal information after the admission process is complete.