



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 | | |
| 身長 (cm) | | 体重 (Kg) | | |
| 頭囲 (cm) | | 胸囲 (cm) | | |
| 栄養状態 | | 心臓病 | 有 (年 月) 無 | |
| 脊柱・胸郭 | | 腎臓病 | 有 (年 月) 無 | |
| 心臓・疾病・及び異常 | | 川崎病 | 有 (年 月) 無 | |
| 皮膚疾患 | | 喘息 | 有 (年 月) 無 | |
| 運動機能障害 | 有 () 無 | 小児結核 | 有 (年 月) 無 | |
| 視力障害 | 有 () 無 | 既往症 | けいれん性疾患 | 有 (年 月) 無 |
| 聴力障害 | 有 () 無 | | 交通事故等による 頭部外傷等 | 有 (年 月) 無 |
| 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。 ※アレルギー生活指導表を後日ご記入いただきます。 |
| その他 | | (既往症がある場合) 詳細を記入 | | |

※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 (Male • Female) | | Address | |
| Date of Birth | | Parent's Name | |
| Height (cm) | | Weight (Kg) | |
| Head circumference (cm) | | Chest measurement (cm) | |
| Nutritional deficiency | | Past illnesses | Cardiac disease Yes (y) (m) / No |
| Suspected scoliosis or thorax deformation | | | Kidney disease Yes (y) (m) / No |
| Irregular pulse or other heart condition | | | Kawasaki disease Yes (y) (m) / No |
| Serious and/or contagious skin condition | | | Wheezing Yes (y) (m) / No |
| Impaired motor function Yes / No | | | Infant tuberculosis Yes (y) (m) / No |
| Impaired vision Yes / No | | | Convulsive disorders Yes (y) (m) / No |
| Impaired hearing Yes / No | | | Serious injury resulting from accident Yes (y) (m) / No |
| Language disorder Yes / No | | | Allergic reactions |
| Other | | | <small>①Food Yes / No ②Anaphylaxis Yes / No ③Details regarding food allergies: *We will send the document for more details of your child's allergic</small> |
| Additional information: | | | Other conditions: |

*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.