

※受験番号

## 健康調査書

氏名 <small>ふりがな</small>		生年月日	昭・平	年	月	日
現住所 <small>ふりがな</small>						

下記の問いにお答え下さい。

1. 生まれてから今までに大きな病気（先天性異常・心臓・腎臓・脳神経・免疫不全症・その他の病気）にかかり、医師の診察を受けたことがありますか？

ある [ 病名・治療経過・現在の状況： ]

ない

2. 日常生活を送る上での制限（視力・聴力・言語・運動等）がありますか？

ある [ 内容と程度 ]

ない

3. 今まで薬・食べ物等でアレルギー症状が出たことがありますか？

ある [ アレルゲン・症状 ]

ない

4. ツベルクリン反応最終判定

陽性・偽陽性・陰性・不明

昭和・平成

年

・年月日不明

BCG最終施行年

昭和・平成

年

・年月日不明

(注1) 該当するものに○をつけ必要な事項を記入(受験者本人)して下さい。

(注2) ※欄には、記入しないで下さい。