

※受験番号

健康調査書

ふりがな 氏名		生年月日	昭・平 年 月 日
ふりがな 現住所			

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。