

健康状況調査票【自己申告】

フリガナ		性別	生年月日			
氏名		男・女	西暦	年	月	日
現住所	〒					TEL ()

視覚障害（視力・視野・色覚）	なし・あり（右・左）具体的に（ ）
聴覚障害	なし・あり（右・左）具体的に（ ）

※「あり」と回答された場合、具体的な程度をご記入ください。

例)「裸眼視力 0.05（コンタクト使用時 1.0）」、「色覚異常（1色覚）」、「ほとんど聞こえない（聴力〇〇dB）補聴器着用により日常生活に支障なし」

現在までに大きな疾患、あるいは外傷のあった方は記入					
主な既往歴	病名（罹患年齢）	診療科	手術の有無	入院の有無（入院期間）	現在の状況（いずれかに〇印）
	（ 才）		有・無	有・無 （ 年 ヶ月）	・治癒済（ 才） ・治療継続中
	（ 才）		有・無	有・無 （ 年 ヶ月）	・治癒済（ 才） ・治療継続中
	（ 才）		有・無	有・無 （ 年 ヶ月）	・治癒済（ 才） ・治療継続中
現在治療中の病気、服用している薬剤名	ない				
	あり	病名			
		薬剤名			
受験上および入学後の実習等を含む修学上での特別な配慮が必要な場合には具体的にご記入ください。		※記入内容が入学者選抜の可否に影響することはありません。			

※身体等に障がいがあり、受験する上で特別な配慮が必要となる志願者はできるだけ早めに本学入試広報部までご相談ください。