

BCG의 예방접종을 받으셨습니까	<ul style="list-style-type: none"> 예방접종을 받을 수 없는 병이었기 때문에
	병명() <ul style="list-style-type: none"> 그외의 이유 ()
불명	<ul style="list-style-type: none"> 맞았는지 모르겠다

※ 정기외건강진단(접촉자검진을 포함)란은, 보건소등의 지시에 의해 실시된 경우에 반드시 기입해 주시기를 부탁드립니다.

정기외 건강진단 실시	실시시기 平成 년 월경 검사내용 • 투베르클린반응검사 • 렌트겐검사 • 객담검사
-------------	---

※ 하기란은 학교에서 기입합니다

접종불명자의 BCG 접종흔적	있음 없음
-----------------	----------

	「예」인 경우, 치료나 검사를 받았습니까	받았다	받았다	받았다	받았다	받았다	받았다	받았다	받았다	받았다	받았다
	「예」인 경우, 치료나 검사를 받았습니까	받지않았다	받지않았다	받지않았다	받지않았다	받지않았다	받지않았다	받지않았다	받지않았다	받지않았다	받지않았다
6	이 이주일이상, 「열」이 계속되고 있습니까	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오
		예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
	「예」인 경우, 치료나 검사를 받았습니까	받았다	받았다	받았다	받았다	받았다	받았다	받았다	받았다	받았다	받았다
		받지않았다	받지않았다	받지않았다	받지않았다	받지않았다	받지않았다	받지않았다	받지않았다	받지않았다	받지않았다
7	지금까지 「천식」이나「천식성기관지염」이라고 들은적이 있습니까	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오
		예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
8	지금까지 알레르기체질이라고 들은적이 있습니까	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오	아니오
		예	예	예	예	예	예	예	예	예	예
	(예 아토피성피부염 알레르기성 비염·결막염) 「예」인 경우 그 병명은 무엇입니까	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	定期健康診断日	년 월 일	년 월 일	년 월 일	년 월 일	년 월 일	년 월 일	년 월 일	년 월 일	년 월 일	년 월 일
		요검토·검토불요	요검토·검토불요	요검토·검토불요	요검토·검토불요	요검토·검토불요	요검토·검토불요	요검토·검토불요	요검토·검토불요	요검토·검토불요	요검토·검토불요
	備考										

