

健康確認書

職種		受験 番号	※病院記載	ふりがな 氏名			
住所				生年月日	昭和 平成	年 月 日	男・女
身長	cm	体重	kg	胸囲	cm		
1 現在の健康状態はどうか。							
<input type="checkbox"/> 健康です		<input type="checkbox"/> 病気にかかっている		〔 病名又は症状 発病した時期 年 月 〕			
2 身体に何か障害がありますか。(視力、聴力、言語、手足の動作等について障害又は異常の有無)							
<input type="checkbox"/> ある		〔 あれば具体的に記入のこと 〕					
<input type="checkbox"/> ない							
3 今までに入院又は半月以上病気をしたことがありますか。あれば下欄に病名その他をもれなく記入してください。							
<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない					
病名又は症状 病気した時期 病気した期間							
4 ツベルクリン反応が陽転した(はじめて陽性となった)のはいつですか。							
年 月頃 (当時満 歳)		<input type="checkbox"/> ツベルクリン反応陰性					
5 その他							
上記事項は事実と相違ありません。							
令和 年 月 日		氏名				印	

(注) この表は受験者が正確に記入し、□の中には該当する場合レ印を入れること。