

健康確認書

職種	研修医	受験番号		ふりがな 氏名	
住所					
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日				男 ・ 女
喫煙歴	なし ・ あり ある場合→ ()本/日 × ()年				
服薬歴					
業務歴	※以前従事したことがある業務に○をつけて下さい 高圧室内業務 放射線 鉛業務 有機溶剤 粉じん作業 レーザー 特定化学物質 深夜業 VDT 騒音作業 紫・赤外線 振動工具使用業務				
1 現在の健康状態はどうですか ①発病した時期 ②病名・症状 を記載 ☐ 健康です ☐ 病気にかかっている (① ②)					
2 身体に何か障害がありますか 具体的に記入 (視力・聴力・言語・手足の動作等について 障害または異常の有無) ☐ ない ☐ ある					
3 今までに大きな病気をしたことがありますか ①発病した時期 ②病名・症状 を記載 ☐ ない ☐ ある (① ②)					
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 (満 歳) ☐ ツベルクリン反応陰性					
上記事項は事実と相違ありません。 令和 年 月 日 氏名 印					

(注) この表は採用予定者本人が正確に記入し、□の中には該当する場合レ点を記載すること