

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 <input type="checkbox"/> ない						
あれば具体的に記入のこと 〔 〕						
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。