

身 体 検 査 書 (1)

職種		受験 番号		ふりがな 氏 名	
住所				生年月日	昭和 年 月 日生
身長	cm	体重	kg	胸囲	cm
<p>1 現在の健康状態はどうか。</p> <p style="text-align: center;">健康です 病気にかかっている</p> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="text-align: left;"> <p>病名又は症状</p> <p>発病した時期 年 月</p> </div> <div style="font-size: 3em; margin-left: 10px;">}</div> </div>					
<p>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)</p> <p style="text-align: center;">ある なければ具体的に記入のこと {</p> <p style="text-align: center;">ない</p>					
<p>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 れなく記入してください。</p> <p style="text-align: center;">ある ない</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>病名又は症状 病気した時期 病気した期間</p>					
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月頃(当時満 歳) ツベルクリン反応陰性</p>					
<p>5 そ の 他</p>					
<p style="text-align: center;">上記事項は事実と相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 印</p>					

(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。

