

(別紙2)

健康状態申出書

疾患 〈現在かかっているもの〉 <input type="checkbox"/> 呼吸疾患 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸障害 <input type="checkbox"/> 神経性精神障害 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他	具体的に記入してください	身長	cm
		体重	kg
		視力 (矯正視力)	右 ・ 左 ・ (・) (・)
		聴力	異常なし ・ あり ()
		血圧	異常なし ・ あり ()
		血液型	()型 Rh (+ -)
		運動機能	異常なし ・ あり ()
		既往症 〈過去にかかったことのあるもの〉 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 肋膜炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 神経性精神障害 <input type="checkbox"/> 各種アレルギー <input type="checkbox"/> その他	具体的に記入してください
上記の申出事項は、自らが記入したものであり、事実と相違ありません。			
平成 年 月 日			
氏 名			
㊞			

※ 該当する□に✓をつけ、その内容を具体的に記入してください。