

# 採 用 時 間 診 票

記入年月日	令和 年 月 日	校種・教科	
住 所	〒 -	学 校 名	
氏 名 ( 自 署 )		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (満 才)	電 話 番 号	- -

<p>既往歴（生活や就業に影響を与えるような病気や怪我等があればご記入ください。）</p> <p><input type="checkbox"/> 無し                      <input type="checkbox"/> 有り</p> <p>「有り」の場合、その既往歴、就業上考えられる影響、配慮してもらいたい内容等を記載</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; margin: 5px 0;"></div>
<p>現病歴（現在通院・治療を受けている病気・身体状況があればご記入ください。）</p> <p><input type="checkbox"/> 無し                      <input type="checkbox"/> 有り</p> <p>「有り」の場合、その病名、身体状況等を記載</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; margin: 5px 0;"></div>
<p>上記以外で、就業上、配慮を希望する健康問題があれば希望する配慮の内容をご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 無し                      <input type="checkbox"/> 有り</p> <p>「有り」の場合、希望する配慮の内容を記載</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; margin: 5px 0;"></div>
<p>結核感染症について</p> <p>①過去2年間に結核性の病気（例：肺浸潤、胸膜炎又は肋膜炎、頸部リンパ種結核）にかかったことがありますか                      <input type="checkbox"/> 無し                      <input type="checkbox"/> 有り 年 月頃</p> <p>②家族や同居人で、過去2年間に結核にかかった人はいますか                      <input type="checkbox"/> 無し                      <input type="checkbox"/> 有り 年 月頃</p> <p>現在、下記のような症状がありますか？</p> <p>①2週間以上続く咳                      <input type="checkbox"/> 無し                      <input type="checkbox"/> 有り</p> <p>②2週間以上続く微熱・発熱                      <input type="checkbox"/> 無し                      <input type="checkbox"/> 有り</p> <p>③理由のわからない体重減少                      <input type="checkbox"/> 無し                      <input type="checkbox"/> 有り</p>