採　用　時　問　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	□男　□女
生年月日	□昭和・□平成　　年　　月　　日（満　　才）	電話番号	－　　－

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。）

□　無し　　□有り

「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

（　　）

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。）

□　無し　　□有り

「有り」の場合、その病名、身体状況等を記載

（　　）

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。

□　無し　　□有り

「有り」の場合、希望する配慮の内容を記載

（　　）

結核感染症について

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	□　無し	□有り 年　　月頃
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	□　無し	□有り 年　　月頃

現在、下記のような症状がありますか？

①２週間以上続く咳	□　無し	□有り
②２週間以上続く微熱・発熱	□　無し	□有り
③理由のわからない体重減少	□　無し	□有り

新型コロナウイルス感染症について

①強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある	□　無し	□有り
②37.5°C以上の発熱が４日以上続いている	□　無し	□有り