

個人票

1. 氏名等

職員番号		氏名	(フリガナ)	
生年月日 <small>(西暦で記載)</small>	. .	生	年齢	才 月 (採用予定日現在)
現住所	〒 —			
	自宅電話 () 携帯電話 ()			

2. 採用後の住所 (予定しているところに○をつける)

() 現住所 () (現住所と別の) アパート・マンション () 看護師寮

() その他(具体的に): _____

通勤時間 (片道): _____ 時間 _____ 分 (住所が明確な場合、記入してください)

3. 最終学歴 (看護師・助産師): 学校名 _____

(1) 実習施設名: _____

(2) 次の部門の実習経験はありますか。(あてはまるものに○をつける。)

外来 (有・無) 手術室 (有・無) ICU (有・無) 救急 (有・無) 夜勤 (有・無)

(3) 病棟実習で全く経験のないものがあれば○をつけてください。

() 脳神経 () 循環器 () 呼吸器 () 消化器

() 泌尿器 () 感覚器 () 骨・筋肉

4. 身体的状況について

(1) 身長等

身長	c m		体重	k g	
視力	右	裸眼・矯正	左	裸眼・矯正	

(2) 特異体質 (無 ・ 有 : 具体的に)

(3) アレルギー体質 (無 ・ 有 : 具体的に)

(4) 腰痛の既往 (無 ・ 有 : 具体的に)

(5) 手荒れ (無 ・ 有 : 具体的に)

(6) 常用している薬 (無 ・ 有 : 具体的に)

(7) 予防接種したことがあるもの

(風疹 ・ 水痘 ・ 麻疹 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 新型コロナウイルス感染症)

(8) 既往症

	病名	時期	手術の有無
入院して治療を受けたもの			無・有 (時期)
			無・有 (時期)
通院して長期に治療を受けたもの			無・有 (時期)
			無・有 (時期)

