

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) |

