

## 【メディカルチェックシート】

採用にあたり、あなたの健康状態その他について質問させていただきます。

当社の業務は立ち仕事や不規則な時間の勤務が多く、また照明機材など重量物の運搬を伴う場合もあります。これまで、健康上の理由から勤務継続が困難になった事例もあることから、事前に可能な範囲でご自身の健康状態をご申告いただけますと幸いです。

記載内容は採用選考および入社後の労務管理以外の目的には使用いたしません。

また、あなたの同意なく第三者に提供することはありません。

記載したくない事項については、記載しなくても結構です。

1. 現在または過去において、足・膝・腰・腕・肩・首などに、骨折・痛み・しびれなどの不調や治療歴はありますか？

☐ はい

☐ いいえ

☐ 記載を控える

はいと答えた方

該当する部位や症状・病名：

発症時期・経過：

現在の状況（完治／経過観察中／治療継続中など）：

2. 現在または過去に、精神的な不調（例：うつ病・不安障害・パニック障害・適応障害など）を診断されたことはありますか？

☐ はい

☐ いいえ

☐ 記載を控える

はいと答えた方

疾病名：

初回発症時期と経過：

現在の状況（完治／経過観察中／治療継続中など）：

3. 現在、定期的に薬の服用が必要な症状・病気はありますか？

☐ はい

☐ いいえ

☐ 記載を控える

病名／症状名：

薬名（任意）：

服用頻度や留意点（例：毎日朝晩、空腹時不可 等）：

4. 過去に、病気やけがなどで 2 週間以上連続して学校や勤務先を休んだことはありますか？

☐ はい

☐ いいえ

☐ 記載を控える

疾病名：

初回発症時期と経過：

現在の状況（完治／経過観察中／治療継続中など）：

上記事項について、記載の通り相違ありません。

令和      年      月      日

氏名 \_\_\_\_\_ 印