

あなたの健康状態

下記の各項目の有・無欄に○印をした上、◎の場合は右欄に詳細を記入して下さい。

(平成年

月

日現在)

1	過去に精神科あるいは神経科の治療を受けたことがありますか。	無	有	その他の特記事項欄
2	現在、精神科あるいは神経科の治療を受けていますか。	無	有	
3	上記以外の既往症はありますか。	無	有	
4	現在、病気や外傷等で検査・治療・投薬を受けていますか。	無	有	
5	常用している薬物はありますか。 (例:睡眠薬、精神安定薬、血液降下剤など)	無	有	
6	視力、聴力、言語、鼻について機能に異常がありますか。	無	有	
7	手、足、指、関節、脊椎について欠損変形または機能に異常がありますか。	無	有	
8	持病がありますか。 (例:ぜんそく、アレルギー、じんましんなど)	無	有	
9	その他	無	有	

家族の状況

(全項目をもれなく御記入下さい。)

続柄	氏名	生年 年齢	同居 別居 死亡	未婚 既婚 離婚	最終学校名	職 業	勤 務 先		居 住 地
							会 社 名	所 属 部 署・ 役 職 名	
父			同別死	既 離					
母			同別死	既 離					
			同別死	未既離					
			同別死	未既離					
			同別死	未既離					
			同別死	未既離					
			同別死	未既離					
			同別死	未既離					
			同別死	未既離					

あなたのPR事項 (遠慮なくPRして下さい。)

(1) 将来にかける夢

(2) 性 格

(3) 相手方に対する希望(性格等)

結婚後の同居家族 男 才・男 才
父・母 () 子供 女 才・女 才

あなたの休日 在宅時間 留守時連絡先

日 AM 時まで 父・母 宅
第 土曜日 (宅)
日・祝・祭日 PM 時より TEL () 番