

(様式1)

第66次南極地域観測隊員候補者応募用紙

希望する公募枠 の専門分野名・ 公募整理番号 (例：調理 S-1)	設 営 部 門		越冬隊
	整理番号 (研究所使用欄) :		
(ふりがな) 氏 名	Ⓜ		性別
生 年 月 日	西 暦 年 月 日	年 齢	才
自宅住所 〒 電話番号 : 携帯番号 :			証明写真貼りつけ (データ貼り付け可 /スナップ写真は不 可)
本籍(都道府県)		出身都道府県	
事務連絡用	<結果通知郵送希望住所：※上記自宅と異なる場合にのみ記載> 〒 <連絡用メールアドレス： <u>確実に連絡可能なアドレス (記載間違いに注意)</u> >		
学 歴	年月日	中学校卒業から記入 (修了、中退等含む。博士号取得者は明記。西暦で記載。)	
現 職	勤務先名		
	所属部署 (支店・課・係、学部・学科など)		
	職務の内容 (具体的に)		
	身分 (正社員、研究員、期限付職員、パート、アルバイト、自営など)		
	※現職が任期付きの場合は任期終了日を記載 西暦 年 月 日 任期終了		
所在地	電話番号 :		

職 歴	年 月～ 年 月	西暦で記載。	
賞 罰			
資 格 ・ 免 許	取得年月日	資格・免許の名称、種類など（応募条件にある資格は免許番号も付記。応募分野に関連していない資格も記載して下さい。西暦で記載。）	
寒冷地及び積雪地の経験（場所・期間）			
スポーツ歴（種類・期間）			
趣味・特技			
応募にあたって、勤務先代表者もしくは上司の了解の有無	得ている・得ていない (いずれかに○)	得ている場合	役 職 名 ふりがな 氏 名 電話番号
応募にあたって、家族の了解の有無※	得ている・得ていない (いずれかに○)	得ている場合	両 親 ・ 配 偶 者 ・ そ の 他 () (いずれかに○)

※南極における医療の現状と限界についての説明（資料3）を熟読し、家族に説明した上で了解を得ているかどうか

このページ以降は書類選考時に重要な情報となります（記入欄不足の場合、適宜追加する）。

<職務遂行能力等に関する記載欄 ※志望動機等は次項に記載して下さい>

「資料1. 応募分野の職務内容と条件」に対して、保有資格やこれまでの業務経験・実績、現職の状況（職務内容・役割、職場の規模、自営であれば年間の業務日数など）等を詳細に記載し、自分の**職務遂行能力**を具体的に説明して下さい。

<応募動機及び自己PR>

今回応募に至った理由（**志望動機**）、前頁の職務遂行能力とは違った観点での**自己PR等**あれば記載下さい。

<備考：応募にあたっての特記事項

※今後の連絡面で懸念事項（連絡が取りづらい期間など）がある場合は必ず記載すること>

南極地域観測隊員候補者健康調書(一部抜粋)

○記載項目

ふりがな 氏 名 性別： 男・女

希望する公募枠の専門分野名・公募整理番号 夏隊・越冬隊

生年月日 西暦 年 月 日 (満年齢 歳 ヶ月)

III 既往歴

1. 現在までにかかった病気や負傷の種類、その時期や経過について、すべて記入してください。医院を受診し、診断されたものすべて記入(設問4以降に個別の聞き取り有)。

(軽微な疾患、負傷は除く。インフルエンザ・捻挫等)

罹患時期	病名又は負傷名	その年齢	経過
出産直後 及び 乳児期			
学齢期前			
小学校から 高校まで			
以後			

2. 最近体重に変化がありますか。

増加(____kg / ____ヶ月前から) 変化なし 減少(____kg / ____ヶ月前から)

3. 血圧を測定したことがありますか。

有 無

「有」に○をつけた方は、下記の該当があれば記入してください。

項 目	年 齢	収縮期血圧(最大)～拡張期血圧(最小)	
高血圧と言われた時	歳	mm Hg ~	mm Hg
低血圧と言われた時	歳	mm Hg ~	mm Hg

4. ツベルクリン反応

陽 性 陰 性

「陽性」に○をつけた方は、次の事項を記入してください。

①陽転の時期： ____歳

②陽転の原因： 自然陽転 BCG陽転

③BCGの接種： 有 無

5. 次の症状について該当に○をつけ、内容を記入してください。

(1) 肺結核にかかったことがありますか。

有 (_____ 歳) 無

(2) 気管支ぜんそくにかかったことがありますか。

有 (_____ 歳) 無

(3) その他の呼吸器疾患、例えば、肺炎、気管支炎などにかかったことがありますか。

有 (病名 _____ ・ _____ 歳) 無

(4) 次の症状等を呈したことがあれば○印をつけて、詳細を記入してください。

睡眠中に呼吸が止まっているといわれたことがありますか？ 有 (歳ごろ) 無

昼間強い眠気を感じる事が頻繁にありますか？ 有 (1日に 回程度) 無

(5) 腎炎にかかったことがありますか。

有 (_____ 歳) 無

(6) 腎結石にかかったことがありますか。

有 (_____ 歳) 無

(7) 膀胱炎、腎盂炎にかかったことがありますか。

有 (_____ 歳) 無

(8) 尿から糖が検出されたり、糖尿病と診断されたことはありますか。

有 (_____ 歳) 無

6. リウマチ、神経痛、関節の痛みなどを訴えたことがあれば、その部位と年齢を記入してください。

部位 : _____ 年齢 : _____ 歳

7. 膠原病、じん麻疹、薬品アレルギー、花粉症、その他のアレルギーの疾患にかかったことがありますか。(原因が複数ある場合は、すべて記載ください。)

有 (病名・原因 : _____ ・ _____ 歳) 無

(病名・原因 : _____ ・ _____ 歳)

(病名・原因 : _____ ・ _____ 歳)

(病名・原因 : _____ ・ _____ 歳)

(病名・原因 : _____ ・ _____ 歳)

8. 食物アレルギーはありますか。(原因食物が複数ある場合は、すべて記載ください。)

有 (原因食物: _____ ・ _____ 歳くらいから) 無
(原因食物: _____ ・ _____ 歳くらいから)
(原因食物: _____ ・ _____ 歳くらいから)
(原因食物: _____ ・ _____ 歳くらいから)
(原因食物: _____ ・ _____ 歳くらいから)

摂取した際に呈した症状について○印をつけてください。

皮膚症状 (蕁麻疹 (じんましん) ・ かゆみ ・ 赤み ・ むくみ ・ 湿疹)

粘膜症状 (鼻水 ・ 鼻づまり ・ くしゃみ ・ 口周りの違和感)

呼吸器症状 (咳 ・ 喘鳴 (呼吸時にぜいぜいと雑音を発すること) ・ 声枯れ ・ 呼吸困難)

消化器症状 (嘔吐 ・ はき気 ・ 下痢 ・ 腹痛)

神経症状 (頭 ・ 活気の低下 ・ 意識障害)

循環器症状 (血圧低下 ・ 不整脈 ・ 頻脈 (心拍数が増加している状態))

その他の症状 (_____)

日常生活での対応について詳細に記載ください。(例: 分けて調理が必要など)

(_____)

9. 甲状腺異常、その他の内分泌疾患にかかったことがありますか。

有 (病名: _____ ・ _____ 歳) 無

10. 結膜炎、その他の眼科疾患にかかったことがありますか。

有 (病名: _____ ・ _____ 歳) 無

11. 外耳炎、中耳炎、乳様突起炎、その他の耳鼻科疾患にかかったことがありますか。

有 (病名: _____ ・ _____ 歳) 無

12. 湿疹、じん麻疹、水虫、その他の皮膚疾患にかかったことがありますか。

有 (病名: _____ ・ _____ 歳) 無

1 3. 次の症状を呈したことがあれば○印をつけてください。

薬物を使ったあと皮膚に発疹が出たりかゆくなった (_____ 歳)

薬物を使ったあとでむかついたり、気分が悪くなった (_____ 歳)

1 4.

(1) 外傷を受けたことがありますか。

頭部外傷 有 (_____ 歳) 無

内臓損傷 有 (部位: _____ ・ _____ 歳) 無

骨折・脱臼 有 (部位: _____ ・ _____ 歳) 無

はれもの 有 (部位: _____ ・ _____ 歳) 無

(2) 腹部の手術を受けたことがありますか。

有 (病名: _____ ・ _____ 歳) 無

(3) 肛門からの出血、肛門周囲のかゆみ、痔、脱腸、ヘルニアなどにかかったことがありますか。

有 (病名: _____ ・ _____ 歳) 無

(4) その他外科的治療 (手術) を受けたことがありますか。

有 (病名: _____ ・ _____ 歳) 無

(病名: _____ ・ _____ 歳)

15.

(1) お酒は飲みますか。

飲む 飲まない

「飲む」に○をつけた方は、次の①～③にも回答してください。

①好きな酒の種類

清酒 焼酎 ビール ウィスキー ワイン その他 (_____)

②量はどのくらい飲みますか。(例えば、清酒2合など具体的に記入してください)

毎日 _____

機会があれば _____

最高に飲んだ時の量 _____

③酒の肴は食べますか。

食べる (種類: _____) 食べない

(2) タバコは吸いますか。

吸う 吸わない

「吸う」に○を付けた方は、次の①②にも回答してください。

①1日にどれくらい吸いますか。 _____ 本

②いつ頃から吸い始めましたか。 _____ 歳

(3) その他の特別な嗜好品があったら、その品名と量を書いてください。

(_____)

16.

(1) カウンセリングまたは精神科医の診察、治療を受けたことがありますか。

有 無い

「有」に○をつけた方は、次の①～②にも回答してください。

①いつ頃：_____歳

②受診の理由：_____

③診断名（あれば）：_____

(2) 睡眠薬、精神安定剤を使用したことがありますか。

有 無

「有」に○をつけた方は、次の①～③にも回答してください。

①いつ頃：_____歳

②期間：_____

③使用の理由：_____

17. 現在、何らかの病気で服薬をされていますか。

①病名

1. _____ 診断された年齢：_____歳
2. _____ 診断された年齢：_____歳
3. _____ 診断された年齢：_____歳
4. _____ 診断された年齢：_____歳
5. _____ 診断された年齢：_____歳
6. _____ 診断された年齢：_____歳
7. _____ 診断された年齢：_____歳

②服薬している薬品名

1. _____ 服薬を開始した年齢：_____歳
2. _____ 服薬を開始した年齢：_____歳
3. _____ 服薬を開始した年齢：_____歳
4. _____ 服薬を開始した年齢：_____歳
5. _____ 服薬を開始した年齢：_____歳
6. _____ 服薬を開始した年齢：_____歳
7. _____ 服薬を開始した年齢：_____歳