＊直筆でご記入下さい。どうしても直筆出来ない方は、代筆の方の署名をお願いします。

様式１

雇入時間診票

記入年月日	年　　月　　日		
フリガナ		年齢	歳
氏名			

新たに採用された職員は下記を記載の上、着任前に職場へ提出してください。

１．就業に影響を与えるような、過去又は現在の病気や怪我、障がい等がありますか？

□なし　　□あり

・「有り」の場合、その状況と就業上考えられる影響、配慮してもらいたい内容等を可能な範囲でご記入下さい。（記載は強制ではありません）

（　　）

２．上記１で「有り」の場合、その内容について職員健康管理センター(※スタッフへ相談を希望されますか？

□なし　　□あり

※県庁１４階にある職員健康管理センターには産業医、保健師、看護師、衛生管理者が常駐しています。相談されたい健康問題がありましたら、どうぞご利用下さい。(連絡先は下記参照)

３．現在、下記のような症状がありますか？

2 週間以上続く咳や痰	□　なし	□　有り
2 週間以上続く微熱・発熱	□　なし	□　有り
理由がわからない体重減少	□　なし	□　有り

４．上記の質問で一つでも「有り」と答えた方は、下記のご記入をお願いします。職員健康管理センターからご連絡することがあります。すべて「なし」の場合、記入の必要はありません。

現住所	
連絡先（電話番号、メールアドレス等）	
雇用契約期間（正職員での採用の場合は雇入開始年月日のみ記載）	年　月　日～　年　月　日
職場名	

【当問診票に関する問い合わせ先】

〒900-8570 沖縄県総務部職員厚生課　職員健康管理センター　健診担当

電話　098-866-2660　Fax　098-866-2662　Mailab004789@pref.okinawa.lg.jp

★メールでお問い合わせの場合、件名を「雇入時間診票について」等として下さい。

【職場健診担当者へ】上記１～３の回答中１つでも「有り」があった場合、４の記載を確認し、健康管理センターへ送付または送信してください。