

\*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の回答中一つでも「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。