※直筆でご記入下さい。どうしても直筆できない方は、代筆の

方の署名をお願いします。

　　　　　　　　　　　雇入時問診票

|  |  |
| --- | --- |
| 記入年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 職種 |  |
| 氏名（署名）  （代筆の方は職員本人氏名記入と代筆者署名をお願いします。） | 年齢　　　　　性\*  歳 |
| 現住所 |  |
| 新住所  （転居予定がある場合） |  |
| 連絡先  （電話、メール等） |  |
| 配属先 | □未定　　□職場名（　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　　　　　　\*体の性と心の性に違いがある場合、心の性を記載しても可（どちらでも可）

|  |
| --- |
| 既往歴：生活や就業に影響を与えるような、過去の病気や怪我、障害などがありますか？  　　　　□　なし　　　　　□　有り  　　　「有り」の場合、その既往歴と就業上考えられる影響、配慮してもらいたい内容等 |
| 現病歴：現在通院・治療を受けている病院や身体状況がありますか？  　　　　□　なし　　　　　□　有り  　　　「有り」の場合の病名・身体状況等 |
| 上記以外で、就業上、配慮を希望する健康問題があればご記入ください。  　　　　□　なし　　　　　□　有り  　　　「有り」の場合の希望する配慮の内容 |
| 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 |

送付先　〒900-8570　沖縄県企業局　総務企画課　人事担当

電話：098-866-2803　Fax：098-866-2819