

## 別紙

## 雇入時間診票

※ 直筆でご記入ください。どうしても直筆出来ない方は、代筆者の署名をお願いします。

記入年月日	年　　月　　日				
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	歳	性*	
現住所					
新住所					
連絡先	TEL E-mail				
配属先	公立大学法人　沖縄県立看護大学				

\*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：生活や就職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？
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
現病歴：現在通院・治療を受けている病気や身体状況がありますか？
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り 「有り」の場合の病名・身体状況等 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
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。
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り 「有り」の場合の希望する配慮の内容 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り 2週間以上続く微熱・発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り 理由がわからない体重減少 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り