

雇入時間診票

記入年月日	年	月	日		
氏名			年齢	歳	

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、障害等がありますか？

なし あり

「あり」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ください。(記載は強制ではありません。)

2. 現在、下記のような症状がありますか？

- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|----|------|--|-------|
| (1) 2週間以上続く咳や痰 | <input type="checkbox"/> | なし | | | |
| | <input type="checkbox"/> | あり | 〔理由: | | , 不明〕 |
| (2) 2週間以上続く微熱・発熱 | <input type="checkbox"/> | なし | | | |
| | <input type="checkbox"/> | あり | 〔理由: | | , 不明〕 |
| (3) 理由がわからない体重減少 | <input type="checkbox"/> | なし | | | |
| | <input type="checkbox"/> | あり | 〔理由: | | , 不明〕 |

上記の質問で一つでも「あり」と答えた方は、下記のご記入をお願いします。担当課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 <small>(電話、メール等)</small>	
雇用契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日
職場名	