

健康状態質問票

入職希望者 各位

医療法人小宮山会
貢川整形外科病院

当院では、採用に際して、以下の要項に従って、入職希望者の健康情報の提供をお願いしています。要項をよく読んでいただいた上で、ご協力をお願い申し上げます。

【要項】

- 目的：採用後の勤務に耐える健康を保有しているかの確認
採用後に健康状態を理由とする就業制限・配慮の必要性の有無の確認
採用後の業務場所・業務・業種等の決定のため
- 範囲：上記目的に必要な範囲内の一般的な健康情報で取得する程度の健康情報
- 方法：本質問票への回答

医療法人小宮山会
貢川整形外科病院
病院長 殿

回答書

- ① 本質問票は、入職希望者の協力の下に任意で行うものです。上記要項に同意していただけますか。

同意する 同意しない

以下、①で同意された方のみお答えください。同意しない方は最後の署名のみお願いいたします。

- ② 過去3年間に病院に通院したことがありますか？

はい いいえ

- ③ ②で「はい」と回答した方は、疾病名をすべてあげてください。

- ④ 過去に精神面の疾病にかかったことがありますか？

はい いいえ

- ⑤ ④で「はい」と回答した方は、疾病名をあげてください。

⑥ 現在、a～cの薬の使用の有無

a. 血圧を下げる薬

はい いいえ

b. インスリン注射又は血糖を下げる薬

はい いいえ

c. コレステロール

はい いいえ

⑦ 医師から、脳卒中(脳出血・脳梗塞等)とかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか？

はい いいえ

⑧ 医師から、心臓病(狭心症・心筋梗塞)とかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか？

はい いいえ

⑨ 医師から、慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析)を受けた

はい いいえ

⑩ 医師から、貧血と言われたことがありますか？

はい いいえ

以上、回答した事項は事実であり、事実相違及び偽りはありません。

令和 年 月 日

氏名
(直筆)