

採 用 時 間 診 票

記入年月日	令和 年 月 日	校種・教科	
住 所	〒 -	受 験 番 号	
氏 名	印	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (満 才)	電 話 番 号	- -

既往歴（生活や就業に影響を与えるような既往歴があればご記入ください。）

無し 有り

「有り」の場合、その既往歴、就業上考えられる影響、配慮してもらいたい内容等を記載

現病歴（現在通院・治療を受けている病気・身体状況があればご記入ください。）

無し 有り

「有り」の場合、その病名、身体状況等を記載

上記以外で、就業上、配慮を希望する健康問題があれば希望する配慮の内容をご記入ください。

無し 有り

「有り」の場合、希望する配慮の内容を記載

現在、下記のような症状がありますか？

2週間以上続く咳	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り
2週間以上続く微熱・発熱	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り
理由のわからない体重減少	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り

記入日から1年以内に健康診断を受けましたか？ 無し 有り

【問診票に関する問い合わせ先】

〒900-8571 沖縄県教育庁学校人事課 服務・選考試験班 担当
電話：098-866-2730 FAX:098-866-2724