

メディカルチェックシート

株式会社ユーアール スタジオ事業部

従事していただく業務の性格上立ち仕事が多く、毎年何名かの方が過去の傷病が原因で再発をして退職を余儀なくされております。

そこで予めそのような事態を防ぐため、自己申告をしていただいております。

Q：現在並びに過去における 足・膝・腰・腕・肩などに疾病がありますか

- 一切無い
 あり

1. 部位：

状況：治療完了（ 制限なし 制限あり ）
経過観察
治療中

2. 部位：

状況：治療完了（ 制限なし 制限あり ）
経過観察
治療中

3. 部位：

状況：治療完了（ 制限なし 制限あり ）
経過観察
治療中

最近一般的にメンタルヘルスケアが必要な方が増加傾向になります。

Q：うつ病についてお答えください。

- 一切ない
 あり

状況：治療完了（ 制限なし 制限あり ）
経過観察
治療中

また、職業柄、正確な色判断と共通認識を求められます。そこで、

Q：色覚異常の症状はいかがでしょうか？

- 一切ない
- あり

状況：治療完了（ 制限なし 制限あり ）
経過観察
治療中

Q：現在の体調はいかがですか？

Q：現在懸念される事はありますか？

社会保険運用の事前確認として、以下の事柄についてもご記入をお願いいたします。

Q：過去において長期休暇（または休職）をされた経験がありますか

- ない
- あり

種類：

理由：

期間：

Q：過去において傷病手当金または雇用（失業）保険の給付を受けた事がありますか

- ない
- あり

種類：

理由：

期間：

平成 年 月 日

住所：

氏名：