

嘱託産業医活動情報書

沖縄県医師会では、産業医としての契約を希望される先生方へ、紹介依頼のあった事業場をご案内いたします。ご登録を希望される場合は、下記事項をご記入いただき、ご提出をお願いいたします。

※事業場との契約内容（報酬等）については、事業主と産業医の相談により決定となります。

※本情報書にご記載いただいた内容は事業場へお伝えいたしますので、予めご了承ください。

申込み日 年 月 日 ()

ふりがな		診療科目	
産業医氏名			
医療機関名		希望連絡方法	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 電話
住所			
電話番号			
メールアドレス			
所属医師会名	県	地区医師会名	
	<input type="checkbox"/> 所属なし ※本会会員以外の先生は、医師免許証の写しをご提出願います。		

嘱託産業医を受託する際のご希望をお聞かせください。

項目	ご希望条件
実施可能件数	・ 1 件 ・ 2 件 ・ 3 件 ・ 4 件 ・ 5 件以上
事業所規模	従業員数 ①50～99人 ②100～149人 ③150人以上
業種について	①建設業 ②製造業 ③運送業 ④サービス業 ⑤IT業 ⑥その他 () ⑦特になし
活動希望地区	①北部 ②中部 ③南部 ④那覇市内 ⑤本島全域 ⑥離島可
事業所への訪問実施曜日 (事業所訪問は基本月1回)	①企業の都合に合わせる ②双方相談のうえ調整
活動可能な曜日・時間	① 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ②第 () _____ 曜日 ③指定なし 希望時間帯 (午前 ・ 午後 ・ _____ 時以降 ・ 特になし)
ストレスチェックの <u>実施者</u> になることについて	①承諾する ②承諾しない ③要相談
ストレスチェックの <u>共同実施者</u> になることについて	①承諾する ②承諾しない ③要相談
ストレスチェック後の高ストレス者に対する面接指導について	①実施可能 ②実施不可 ③要相談
地区医師会との情報共有	①許可する ②許可しない

メモ欄