

## 公立大学法人名古屋市立大学 雇入時健康診断のご案内

### 1 雇入時健康診断について

本学に採用予定の教職員の方（週 20 時間未満勤務のパートタイム職員、身分切替職員は除く）を対象に、労働安全衛生法の規定に基づき実施するもので、採用日までに下記の本学指定の機関にて受診してください。（受診費用は本学負担）

### 2 対象者

本学に採用内定の教職員の方で、採用予定日前 3 か月以内の方。  
（週 20 時間未満勤務のパートタイム職員、身分切替職員は除く）

### 3 受診の流れ

#### ① 受診予約

指定の機関（別紙参照）に「名古屋市立大学の雇入時健康診断受診希望」と伝えて、直接予約を取ってください。

予約の際、以下のことを必ず指定の機関に伝えてください。

- 氏名、生年月日及び性別
- 連絡先
- 本学への採用予定日  
（健診予約日から採用予定日までの期間が原則 3 か月以内であること）
- 本学に採用となる雇用形態  
（固有職員、契約職員又はパートタイム職員いずれか）
- 採用担当部署（募集や合格連絡などの手続対応部署。名古屋市立大学雇入時健康診断 結果票送付先記入用紙の部署のうち、いずれか）
- 採用担当者（本学の採用手続対応者）



#### ② 受診

予約した日時に、下記のものを持参し指定機関に直接出向き、受診してください。

- 添付の「名古屋市立大学 雇入時健康診断 結果票送付先記入用紙」
- 運転免許証など本人確認のできる書類
- 添付の「電離放射線健康診断調査票兼問診票」 ※放射線業務従事者のみ



#### ③ 結果の受領

受診後、原則 14 日以内に郵便にてご本人あてに発送します。郵送先は「名古屋市立大学 雇入時健康診断 結果票送付先記入用紙」に記載の住所です。

#### 4 その他注意事項

- ・ 費用は本学負担となりますので、ご自身でのお支払いは不要です。  
(指定の機関への往復に必要な交通費はご自身でご負担ください。)
- ・ お手元に届いた健康診断結果は提出不要ですので、ご自身で保管をお願いいたします。
- ・ 採用時健康診断の結果は、ご本人に郵送されるとともに、本学の労務課にも郵送され採用書類として保管されます。
- ・ 健康診断受診前の10時間前から絶食(水及びお茶を除く)をお願いします。
- ・ 採用日までに受診できない場合は、労務課(TEL 052-853-8594)に、必ずご連絡ください。
- ・ なお、採用予定日以前3か月以内に、現在の就労先等で、労働安全衛生規則(昭和47年労働省令32号)第43条に規定の雇入れ時健康診断の全項目を受診された方は、その結果を証明する書類を労務課に提出していただければ受診の必要はありません。全項目受診していない場合は、本学の採用時健康診断を受診してください。
- ・ 指定医療機関以外で受診される方は自己負担となります。雇入時の健康診断の検査項目(労働安全衛生規則第43条)を採用予定日前3か月以内に全て受診し、その結果をご提出ください。

**【問い合わせ先】**

名古屋市立大学 労務課(安全衛生)

(〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1)

TEL : 052-853-8594 (直通)

e-mail : anzeneisei@sec.nagoya-cu.ac.jp

(別紙)

## ＜指定機関及び予約受付先＞

指定機関	所在地	予約可能 曜日・時間帯	予約受付先 (連絡先)	受診可能 曜日・時間帯
医療法人順秀会 メディカル パーク今池	〒464-0850 千種区今池1丁目8 番8号 今池ガストビル2階	月曜～金曜： 9:00～18:00  土曜： 9:00～13:00	052-734-2200 ※受診希望日 の7日前まで に予約	月曜～金曜・ 土曜 10:00～11:30 までに受付
医療法人順秀会 スカイル内 科・スカイ ル健康管理 センター	〒460-0008 中区栄3丁目4番地 5 栄(スカイル)ビル11階			月曜～金曜・ 土曜 10:00～12:00 までに受付
医療法人順秀会 東山内科・ 東山健康管 理センター	〒464-0807 千種区東山通5丁目 103番地			月曜～金曜・ 土曜 10:00～11:00 までに受付
医療法人順秀会 守山内科・ 守山健康管 理センター	〒463-0070 守山区新守山901番 地			月曜～金曜・ 10:00～11:30 までに受付
				土曜 10:00～12:30 までに受付
医療法人順秀会 一社内科・ 一社健康管 理センター	〒465-0095 名東区高社1丁目26 1番地 Bel Spazio ISSHA 1階	月曜～金曜・ 10:00～11:30 までに受付		
		土曜 10:00～12:30 までに受付		



※入職後、放射線業務に従事することが決まっている職員のみ提出してください。

【雇入時】

電離放射線健康診断調査票兼問診票

令和 年 月 日 実施

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
放射線取扱業務期間 年 月 日 ~ 現在 (若しくは 年 月 日まで)			
1 主な業務内容に○をつけてください。 ①R I 使用 ②X線撮影 ③ X線撮影の介助 ④その他 [ ]			
2 被ばく線量はどれぐらいですか。			
	【実績】前年1年間	【見込】今年1年間	
実効線量	検出限界以下 ・ _____mSv 程度	検出限界以下 ・ _____mSv 程度	
等価線量 (眼の水晶体)	検出限界以下 ・ _____mSv 程度	検出限界以下 ・ _____mSv 程度	
等価線量 (皮膚)	検出限界以下 ・ _____mSv 程度	検出限界以下 ・ _____mSv 程度	
3 被ばく歴の有無			
無 ・ 有 →	作業の場所 ( ) 内 容 ( ) 期 間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 線 量 ( mSv) 放射線障害の有無 (健診による異常: 無 ・ 有 ) 被ばくの状態 ( 1 事故等によるもの 2 事故等によらないもの )		
I 以下の各項目について、あてはまる番号に○をつけてください。			
めまい、立ちくらみがありますか	1 ほとんどなし	2 時々	3 いつも
目に雲がかかったようになりますか (右・左)	1 いいえ	2 はい	
白内障がありますか (右・左)	1 いいえ	2 はい	
手の皮膚が乾燥したり縦じわがありますか	1 いいえ	2 はい	
手の皮膚に潰瘍がありますか	1 いいえ	2 はい	
手の皮膚に水泡ができていますか	1 いいえ	2 はい	
手の皮膚に小さな皮下出血がありますか	1 いいえ	2 はい	
爪の異常がありますか	1 いいえ	2 はい	
その他、気になる症状があれば記入してください。			
II その他、医師に相談したいことがあれば記入してください。			

※ 医師記入欄

上記職員について、問診等の結果

異常所見なし
異常所見あり



区 分		異常所見
眼	水晶体の混濁	(有・無)
皮 膚	発 赤	(有・無)
	乾燥又は縦じわ	(有・無)
	潰 瘍	(有・無)
	爪 の 異 常	(有・無)
自 覚 的 訴 え		(有・無)
全 身 的 所 見		(有・無)

令和 年 月 日

医師 (医師名)