

埼玉県訓令第十号

訓令

本 庁
地 域 機 関

埼玉県労働委員会事務局
埼玉県収用委員会事務局

埼玉県職員安全衛生管理規程の一部を改正する訓令を次のように定める。

平成二十七年六月十二日

埼玉県知事 上 田 清 司

埼玉県職員安全衛生管理規程の一部を改正する訓令

埼玉県職員安全衛生管理規程（昭和六十一年埼玉県訓令第十三号）の一部を次のように改正する。

様式第三号から様式第五号までを次のように改める。

措置決定申請書

第 年 月 日
号

統括安全衛生管理者
総務部長様

所属所
所属長

下記の職員から別添のとおり、医師の診断書その他の資料が提出されたので、埼玉県職員安全衛生管理規程第21条の規定により、申請書を提出します。

記

- 1 住 所
- 2 氏 名 (ふりがな) (男・女)
- 3 職員番号
- 4 生年月日 (年齢) 年 月 日 (歳)
- 5 職名及び職務内容
- 6 申請の区分 (1) 新規 (2) 延長 (3) 復職
- 7 申請内容 ※病気休暇・休職期間の通算規定に該当する場合は、通算した期間ごとに記入

(1) 既承認期間

	始 期	終 期	合計日数
病気休暇	年 月 日	年 月 日	日間
休 職	年 月 日	年 月 日	日間

(2) 今回申請期間

	始 期	終 期	合計日数
病気休暇	年 月 日	年 月 日	日間
休 職	年 月 日	年 月 日	日間

(3) 復職希望年月日 ※復職申請時に記入

年 月 日

- 8 病気休暇又は休職の原因 (1) 公務傷病 (2) その他の傷病
- 9 その他

様式第4号(1)(第21条関係)

診 断 書

埼玉県職員健康審査会

所属所	部・局	職 名		
氏 名		性 別	男 ・ 女	
住 所		生年月日	年 月 日 (歳)	
病 名		発病年月	発 見 方 法 (注3)	
		年 月		
I C D 1 0 カ テ ゴ リ ー : F - (_____) ※精神に係る疾患の場合のみ記入(注2)				
既 往 症		発病年月	治 療 期 間	
		年 月	年 月 ~ 年 月	
発病以来の 症状及び経過		治 療 経 過	入院・通院の別	入院・通院
			リワーク・デイケア 等の利用の有無 ※精神疾患の場合のみ記入	有・無 年 月から 年 月まで
			検査等	
現在の症状		処方内容		
特に問題となる点				
療養・休養期間	年 月 日から 年 月 日まで			
療養・休養及び復職後の勤務に関する意見	【復職の場合】 年 月 日から復職可能			

上記のとおり診断します。

年 月 日

所在地
医療機関名
医師の氏名

㊞

注1 太枠内は、所属であらかじめ記入してください。

注2 病名とI C D 1 0カテゴリーを整合させてください。

注3 精神に係る疾患の場合は、「発見方法」欄に「受診に至った経路・動機」を記入してください。

診 断 書

(結核性疾患用)

埼玉県職員健康審査会

所属所	部・局	職名			
氏名			性別	男・女	
住所			生年月日	年 月 日 (歳)	
病名		発病年月		発見方法	
[学会分類]		年 月			
既往症		発病年月		治療期間	
		年 月		年 月 ~ 年 月	
QFT等インターフェロγ試験		陽性・判定保留・陰性 (年 月 実施)			
ツベルクリン反応		(年 月 判定) × (×) (発赤・硬結・水泡・壊死) ×			
BCG接種歴		無・有 (年 月 接種) ・不明			
現在までの治療経過	入院治療	年 月 日 ~ 年 月 日	結核菌検査 (^{かくたん} 喀痰・その他)		
	通院治療	年 月 日 ~ 年 月 日	年月日	方法(注2)	成績
	抗結核薬	INH・RFP・SM・EB・PZA			
	その他 ()				
	薬剤耐性	無・有 ()			
現在の症状	^{がいそつ} 咳嗽・ ^{かくたん} 喀痰・発熱・胸痛・呼吸困難				
	その他				
現在の所見	レントゲン所見				
	 (年 月 日) (年 月 日) (年 月 日)				
	その他の所見				
特に問題となる点					
療養・休養期間	年 月 日から 年 月 日まで				
療養・休養及び復職後の勤務に関する意見	【復職の場合】 年 月 日から復職可能				

上記のとおり診断します。

年 月 日

所在地

医療機関名

医師の氏名

㊟

注1 太枠内は、所属であらかじめ記入してください。

注2 検体 (^{かくたん}喀痰等) と方法 (塗沫等) について、記入してください。

注3 胸部X線画像を添付してください。

観 察 報 告 書

埼玉県職員健康審査会

所属所名 (所属所コード)		職 名	
		現所属の在籍	年 月から
氏 名		性 別	男 ・ 女
住 所		生年月日	年 月 日 (歳)
発病時の状態			
最近の生活状況			
家庭の環境			
療養・休養前の勤務状況 ※試み出勤中の場合、 試み出勤中の勤務状況等を記入			
復職に関する希望	所属長		
	本 人		
特に問題となる点			

年 月 日

所 属 所 名
衛生管理者又は
安全衛生推進者等
職 ・ 氏 名

様式第五号（二）の次に次の一様式を加える。

観 察 報 告 書

(結核性疾患用)

埼玉県職員健康審査会

所 属 所 名 (所属所コード)		職 名	
		現所属の在籍	年 月 日から
氏 名		性 別	男 ・ 女
住 所		生年月日	年 月 日 (歳)
発病時の状態			
最近の生活状況			
家庭の環境			
勤務状況 (療養・休養中の場合は健康時のものを記入)			
所属の接触者 健康診断の実施 状況(可能な範囲で記入)			
復職に関する希望	所属長		
	本 人		
特に問題となる点			

年 月 日

所 属 所 名
衛生管理者又は
安全衛生推進者等
職 ・ 氏 名

附 則

- 1 この訓令は、公布の日から施行する。
- 2 この訓令による改正前の埼玉県職員安全衛生管理規程に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。