

勤務情報提供書

【本人記入欄】

先生(かかりつけ医)

令和 年 月 日

治療を受けながら就労を継続したいため、下記勤務情報の提供を希望・同意します。

氏名 年月日 年 月 日 住所:

【本人・職場担当者 記載欄】 医療機関からの適切な両立支援を受けるために必要な従業員の勤務に関する情報です。

わかる範囲で構いませんので、記載をよろしくお願い申し上げます。(該当する全てのチェック欄に☑してください)

※復職に際して、職場復帰に関する主治医の意見書の要否 必要 不要 わからない

勤務先: <small>事業所名まで記載</small>	勤務先の従業員数: <input type="checkbox"/> 10名未満 <input type="checkbox"/> 10~49 <input type="checkbox"/> 50~299 <input type="checkbox"/> 300名以上 設置されている専門職: <input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 衛生推進者
職種:	
仕事内容:(自由記載)	
(少しでも該当する作業すべてにチェック欄に☑してください)	
<input type="checkbox"/> 事務作業 <input type="checkbox"/> パソコン作業 <input type="checkbox"/> 同時に複数課題を行う <input type="checkbox"/> 指先を使う精巧な作業 <input type="checkbox"/> 注意力の必要な作業 <input type="checkbox"/> 大きく体を使う作業 <input type="checkbox"/> 体への負荷の大きい作業 <input type="checkbox"/> コミュニケーションを伴う作業 <input type="checkbox"/> 粉じん・有害作業 <input type="checkbox"/> 暑熱・寒冷環境作業 <input type="checkbox"/> 高所作業や運転など、自分や周りに危険が及ぶ作業	
勤務形態: <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 嘱託・契約・出向・派遣社員等 <input type="checkbox"/> パートタイム <input type="checkbox"/> 自営業・フリーランス	
勤務時間: 週 日勤務、(通常 時 分に始まり、 時 分が定時。) 残業時間:(約)月 時間 交代勤務:(<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ありの場合: <input type="checkbox"/> 2交代 <input type="checkbox"/> 3交代 <input type="checkbox"/> それ以上) →その勤務時間(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)	
就業規則上仕事を休める期間:約 (日・週間・ヶ月・年) 又は (年 月 日まで) 有給休暇日数:残 日間 休業中の生活保障: <input type="checkbox"/> 健康保険組合から支出される傷病手当金、 左記以外の支給: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
通勤時間:(片道)合計 分(家を出てから職場に着くまで) 通勤手段(すべて): <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座可) <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座不可)	
利用可能な制度: <input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇・病気休暇 <input type="checkbox"/> 時差出勤制度 <input type="checkbox"/> 短時間勤務制度 <input type="checkbox"/> 在宅勤務(テレワーク) <input type="checkbox"/> 試し出勤制度 <input type="checkbox"/> その他()	
仕事を行うために最低限必要な要件:	
その他特記事項:	

令和 年 月 日

記載者 (産業医, 保健師, 看護師, 衛生管理者, 衛生推進者, 人事労務, 上司. その他 ())

治療と仕事の両立支援を希望される皆様へ ～「勤務情報提供書」作成のお願い～

当院では病気を抱えながらも、働く意欲・能力のある労働者が、適切な治療を受けながら働き続けられるよう患者さんの支援（治療と仕事の両立支援）に力を入れております。

現状の体調にあった、よりよい支援内容（就業配慮）を事業者に提案するため、患者さんだけでなく、事業者とともに裏面の「勤務情報提供書」を作成してください。

・**患者の皆様へ**：医療機関が事業場あてに「主治医の意見書（診断書）」を作成する場合、企業から「勤務情報提供書」を取得することを厚生労働省から指導されています。
事業者の方（産業医・保健師・衛生管理者等）と一緒にご記入いただき、
入院患者さんは、入院時にご持参いただき、そのままお持ちください。

入院中に専門スタッフがお伺いします。

入院以外の患者さんは、下記連絡先にご連絡下さい。

専門スタッフとの面談を設定いたします。

・**事業者の皆様へ**：産業医科大学病院では、事業者の皆様が治療と仕事の両立を希望する従業員に対して適切な判断ができるように「就業実態に合った配慮」についてご提案いたします。医学的な情報だけでは実態に合った配慮の提案は難しいため、患者さん（労働者）とともに仕事に関連する情報である「勤務情報提供書」の作成をお願いいたします。なお、厚生労働省も医療機関は「勤務情報提供書」を取得することを推奨しております。

産業医科大学病院 就学・就労支援センター

両立支援コーディネーター

電話番号：093-603-1611（代表） 内線 7125

メールアドレス：ryouritsu@mbox.clnc.uoeh-u.ac.jp

様式のダウンロードサイト：<https://sites.google.com/view/ryoritsu-uoeh/>

HPはこちらです

