

## 復職・就労継続支援に関する情報提供依頼書

病院・クリニック

先生 御机下

〒

人事労務責任者

印

Tel

下記の弊社従業員の復職・就労継続支援に際し、別紙により診断・情報提供及び御意見をいただければと存じます。

なお、いただいた情報は、本人の復職・就労継続を支援する目的のみに使用され、プライバシーには十分配慮しながら人事担当部署が責任を持って管理いたします。

今後とも弊社の健康管理活動へのご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

記

## 1 従業員

[氏 名] (男・女) [生年月日] 昭和・平成 年 月 日  
[復職日(予定)] 平成 年 月 日 [職 種]

## 2 弊社での勤務状況等

通勤	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 通勤時間 時間 分
現在の業務・勤務形態	<input type="checkbox"/> 体を使う作業 ( <input type="checkbox"/> 重作業 <input type="checkbox"/> 軽作業 ) <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 出張・外回り <input type="checkbox"/> 車の運転 <input type="checkbox"/> PC作業 <input type="checkbox"/> 交代勤務 <input type="checkbox"/> 暑熱・寒冷作業 <input type="checkbox"/> 長時間立位 <input type="checkbox"/> その他 ( )
就業上の可能な配慮(予定)	<input type="checkbox"/> なし(通常勤務) <input type="checkbox"/> あり(就業制限) ありの場合の内容： <input type="checkbox"/> 勤務時間短縮 ( ) <input type="checkbox"/> 配置転換予定 <input type="checkbox"/> 交代制勤務・時間外勤務の禁止 <input type="checkbox"/> 通勤手段の配慮 <input type="checkbox"/> PC等電子機器の作業の制限 <input type="checkbox"/> その他 ( )
その他特記事項	<input type="checkbox"/> 休暇残日数 ( 日程度 ) <input type="checkbox"/> 産業医・会社の復職の目安 ( )

## 3 情報提供依頼事項

(1) 診断書

(2) 情報提供書

① 治療状況

診断名、現在までの治療内容、これまでの治療による身体・精神の変化、今後の通院・治療予定、今後の治療により見込まれる注意事項

② 主治医意見

復職・就労継続についての意見、その他(上記以外で特段の配慮が必要な事項など)

## (本人記入)

私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、本書により人事労務責任者から主治医へ依頼すること及び別紙により主治医から人事労務責任者へ情報提供することに同意します。

平成 年 月 日

氏 名

印

## 復職・就労継続支援に関する情報提供依頼書

△△ 病院・クリニック

△△ 先生 御机下

〒

〇〇株式会社 〇〇事業場

人事労務責任者

印

Tel 〇-〇-〇

下記の弊社従業員の復職・就労継続支援に際し、別紙により診断・情報提供及び御意見をいただければと存じます。

なお、いただいた情報は、本人の復職・就労継続を支援する目的のみに使用され、プライバシーには十分配慮しながら人事担当部署が責任を持って管理いたします。

今後とも弊社の健康管理活動へのご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

記

## 1 従業員

[氏名] 千葉 花子 (男・女) [生年月日] 昭和・平成42年1月1日

[復職日(予定)] 平成28年4月1日 [職種] 営業、一般事務、建設作業員等

## 2 弊社での勤務状況等

通勤	<input type="checkbox"/> 電車 <input checked="" type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> その他( ) 通勤時間 時間 20 分
現在の業務・勤務形態	<input checked="" type="checkbox"/> 体を使う作業 ( <input checked="" type="checkbox"/> 重作業 <input type="checkbox"/> 軽作業) <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 出張・外回り <input checked="" type="checkbox"/> 車の運転 <input checked="" type="checkbox"/> PC作業 <input type="checkbox"/> 交代勤務 <input type="checkbox"/> 暑熱・寒冷作業 <input type="checkbox"/> 長時間立位 <input checked="" type="checkbox"/> その他(フレックス制。3日ごとの交代制。運転・PC作業各半日等。)
就業上の可能な配慮(予定)	<input type="checkbox"/> なし(通常勤務) <input checked="" type="checkbox"/> あり(就業制限) ありの場合の内容: <input checked="" type="checkbox"/> 勤務時間短縮(週〇日、〇時~〇時まで) ) <input checked="" type="checkbox"/> 配置転換予定 <input checked="" type="checkbox"/> 交代制勤務・時間外勤務の禁止 <input type="checkbox"/> 通勤手段の配慮 <input type="checkbox"/> PC等電子機器の作業の制限 <input checked="" type="checkbox"/> その他(職場復帰訓練として1か月以内なら短時間勤務の調整可能、在宅勤務、時差出勤等。)
その他特記事項	<input type="checkbox"/> 休暇残日数( 日程度) <input checked="" type="checkbox"/> 産業医・会社の復職の目安(公共交通機関を利用して通勤可能。〇時間集中して作業可能。運転に影響する副作用がない等。)

## 3 情報提供依頼事項

## (1) 診断書

## (2) 情報提供書

## ① 治療状況

診断名、現在までの治療内容、これまでの治療による身体・精神の変化、今後の通院・治療予定、今後の治療により見込まれる注意事項

## ② 主治医意見

復職・就労継続についての意見、その他(上記以外で特段の配慮が必要な事項など)

## (本人記入)

私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、本書により人事労務責任者から主治医へ依頼すること及び別紙により主治医から人事労務責任者へ情報提供することに同意します。

平成28年3月22日

氏名 千葉 花子 印