

ID :

勤務情報提供書

江戸川病院 先生

今後の就労の継続の可否、業務の内容について職場で配慮した方が良いことなどについて、医師にご意見を頂くための従業員の勤務に関する情報です。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

従業員氏名		生年月日	年	月	日
住所					
職種・業種					
職務形態 ・作業内容	(作業場所・作業内容) ☐ 体を使う作業(重作業) ☐ 体を使う作業(軽作業) ☐ 長時間立位 ☐ 暑熱場所での作業 ☐ 寒冷場所での作業 ☐ 高所作業 ☐ 車の運転 ☐ 機械の運転・操作 ☐ 対人業務 ☐ 遠隔地出張(国内) ☐ 海外出張 ☐ 単身赴任				
就労形態	☐ 正社員 ☐ 契約社員 ☐ 派遣社員 ☐ パートタイマー・アルバイト ☐ その他				
勤務形態	☐ 常雇勤務 ☐ 二交替勤務 ☐ 三交替勤務 ☐ その他 ()				
勤務時間	時 分～ 時 分(週 日、週 時間) 【時間外・休日労働の状況(出張): 】				
通勤方法	☐ 徒歩 ☐ 公共交通機関(着座可能) ☐ 公共交通機関(着座不可能) ☐ 自動車				
通勤時間	☐ 自転車 ☐ その他 () 通勤時間: 分				
休業可能期間	計 日間(年 月 日まで) (給与支給: ☐ 有 ☐ 無 傷病手当金 %)				
有給休暇日数	残 日間(年 月 日付)				
その他 特記事項					
利用可能な 制度	☐ 時間単位の年次有給休暇 ☐ 積立有給休暇 ☐ 傷病休暇・病気休暇 ☐ 時間差出勤制度 ☐ 短時間勤務制度 ☐ 在宅勤務(テレワーク) ☐ 試し出勤制度 ☐ その他 ()				
職場で 相談できる人	☐ 産業医 ☐ 産業保健師／看護師 ☐ 総括安全衛生管理者 ☐ 衛生管理者 ☐ 安全衛生推進者 ☐ 人事・労務担当者 ☐ 所属長 ☐ 直属上司				

上記内容を確認しました
年 月 日 (本人署名) _____

年 月 日 (会社名) _____

(共同作成者氏名) _____

(共同作成者の立場) 産業医 ・ 産業保健師 / 看護師
総括安全衛生管理者 ・ 衛生管理者
安全衛生推進者 ・ その他 ()

(注) この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるように、病院での支援を検討するための参考として使用するものです。この書類は、患者本人から病院に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。