

ID :

勤務情報提供書 記入例

江戸川病院 (主治医氏名) 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	会社員（デスクワーク・営業職） 自動車の運転手 建設現場作業員				
職務形態・作業内容	（作業場所・作業内容） 書類整理などの事務作業 長距離トラックの運転手であり、長時間の運転作業 ☐ 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				
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	最低限必要とされる作業要件、想定される就業上の措置や配慮事項、ご本人の気がかりなど、主治医に相談したいことを記載してください				
利用可能な 制度	☐ 時間単位の年次有給休暇 ☐ 積立休暇 ☐ 時間差出勤制度 ☐ 短時間勤務制度 ☐ 在宅勤務（テレワーク） ☐ その他（ ）				
職場 相談	現在の利用や利用予定に関わらず、職場にある制度全てにチェックしてください ☐ 総括安全衛生管理者 ☐ 衛生管理者 ☐ 安全衛生推進者 ☐ 直接上司				

上記内容を確認しました

年 月 日（本人署名）

当てはまるものにチェックしてください
（複数回答可）

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

当てはまるものを○で囲み、その他の場合は（ ）内に立場を記載してください

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。