

勤務情報提供書

医療機関からの両立支援を受けるために必要な勤務に関する情報です。分かる範囲で構いませんので、記載してください。（該当する全てのチェック欄に☑してください）

渡辺胃腸科外科病院

先生

治療を受けながら就労したいため、下記勤務情報の提供を希望、同意します。

氏名 _____ 生年月日 昭和 平成 年 月 日 (歳)

住所 _____

職種・業種						
職務形態 作業内容	(作業場所・作業内容) []					
	<input type="checkbox"/> 体を使う作業（重作業）	<input type="checkbox"/> 体を使う作業（軽作業）	<input type="checkbox"/> 長時間立位			
	<input type="checkbox"/> 暑熱場所での作業	<input type="checkbox"/> 寒冷場所での作業	<input type="checkbox"/> 高所作業			
	<input type="checkbox"/> 車の運転	<input type="checkbox"/> 機械の運転・操作	<input type="checkbox"/> 対人業務			
	<input type="checkbox"/> 遠隔地出張（国内）	<input type="checkbox"/> 海外出張	<input type="checkbox"/> 単身赴任			
就労形態	<input type="checkbox"/> 正社員	<input type="checkbox"/> 契約社員	<input type="checkbox"/> 派遣社員	<input type="checkbox"/> パートタイマー・アルバイト		
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
勤務時間	週	日勤務 (通常 時 分 ~ 時 分)			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 時 分 ~ 時 分 ② 時 分 ~ 時 分					
	③ 時 分 ~ 時 分					
通勤方法 通勤時間	<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 公共交通機関（着座可能）	<input type="checkbox"/> 公共交通機関（着座不可能）	<input type="checkbox"/> 自動車		
	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> その他 ()				
休業可能期間	年 月 日まで (日間)	有給休暇日数 : 残		日		
休業中の生活保障	<input type="checkbox"/> 健康保険組合から支給される傷病手当金			左記以外の支給 : <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
その他 特記事項						
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 ()					

【職場担当者 記載欄】

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 ())

就労継続、職場復帰に関する主治医の意見書の要否 必要 不要 分からない

就労にあたって、病気や治療のことで医師に確認したいことはありますか？

職場として『これだけはできて欲しいこと』はどのようなことですか？（仕事を行うために最低限必要な要件）