

勤務情報提供書

【本人自署】 _____ 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 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所： _____

【本人・職場担当者 記載欄】 _____ (記入日) 令和____年____月____日

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

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(_____))

【勤務先(事業所名含)】 _____

勤務先の従業員数：10名未満 10～49 50～299 300名以上

設置されている専門職：産業医 保健師 看護師 衛生管理者 衛生推進者

職種： _____

※具体的な仕事の内容：

(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)

- 事務作業 パソコン作業 同時に複数課題を行う 指先を使う精巧な作業
注意力の必要な作業 大きく体を使う作業 体への負荷の大きい作業 コミュニケーションを伴う作業
粉じん・有害作業 (暑熱・寒冷)環境作業 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：公務員 正社員 嘱託・契約・出向・派遣社員等 パートタイム 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：なし あり→ありの場合：2交代 3交代 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・ヵ月・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：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：有り 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)：自動車 徒歩 自転車 バイク 公共交通機関(着座可) 公共交通機関(着座不可)

利用可能な制度：時間単位の年次有給休暇 傷病休暇・病気休暇 時差出勤制度 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(_____)

仕事を行うために最低限必要な要件：

その他特記事項：

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：j-ryouritsu@mbox.cnc.uoeh-u.ac.jp

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