

治療と仕事の両立支援を希望される方へ

～「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）を事業者の方に提案するため、患者さんだけでなく、事業者の方とともに別紙の「勤務情報提供書」を作成してください。

・患者さんへ：

医療機関が事業者の方あてに「主治医の意見書（診断書）」を作成する際、事業者の方から「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。
あらかじめご自身で可能な範囲で記入し、灰色（塗りつぶし）の部分と不明点は、事業者の方（産業医・保健師・衛生管理者・人事労務・上等等）と一緒にご記入ください。

- ・入院患者さん： 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伺います。
- ・入院以外の患者さん： 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。

・事業者の方へ：

産業医科大学病院では、事業者の方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、令和8年4月1日より、治療と仕事の両立支援が事業主の努力義務となり、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 担当：石上 /

 **病院代表：093-603-1611**

※電話交換に両立支援コーディネーターPHS：7125 への取次ぎをお伝えください。

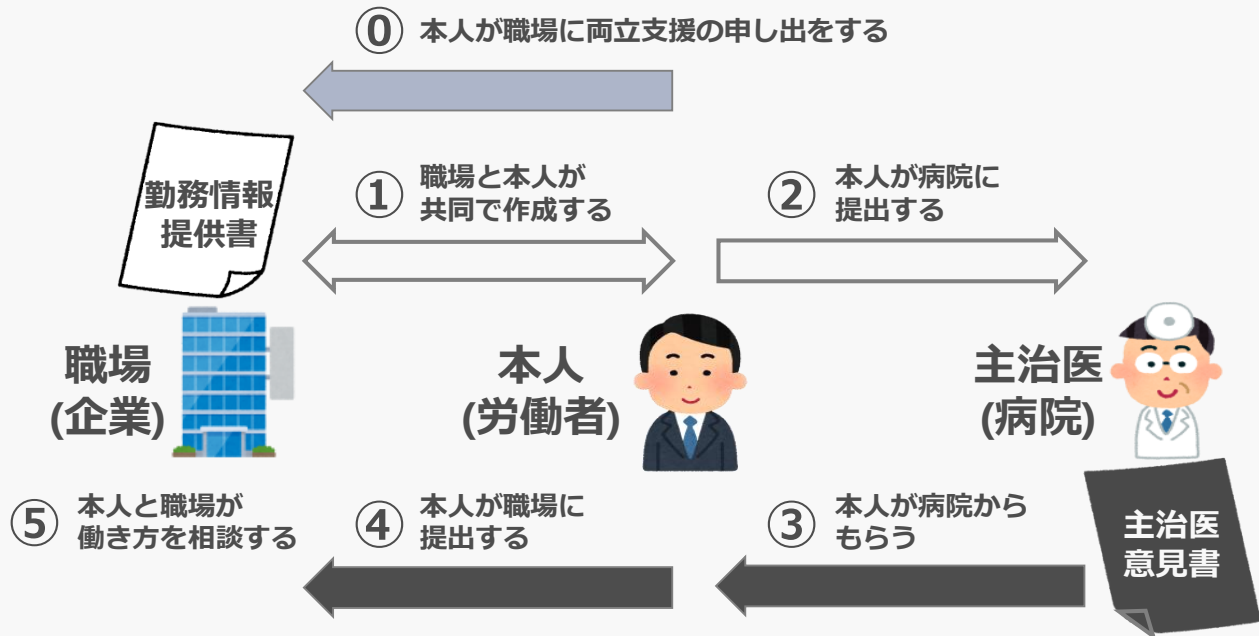
メールアドレス：ryouritsu@mbox.clnc.uoeh-u.ac.jp

HPはこちらです

様式のダウンロードサイト：<https://www.uoeh-u.ac.jp/hospital/gaiyo/bumon/sien.html>



意見書を職場に提出するまでの文書の流れ



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。

(全ての項目に回答してください。不明な点は職場の方と確認の上、記載をお願いします。)

【 本人及び職場担当者 記載欄 】

令和____年____月____日

産業医科大学病院

____先生(かかりつけ医)

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 _____

勤務先(事業所名含む): _____

住所: _____ 電話番号: _____

勤務先の従業員数: ☐10名未満 ☐10～49 ☐50～299 ☐300名以上

職種: _____

※具体的な仕事の内容:

(少しでも該当する作業すべて、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____:____～____:____)

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)

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

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(____)

【 職場担当者 記載欄 】

令和____年____月____日

記載者 _____ (産業医, 保健師, 衛生管理者, 衛生推進者, 人事労務, 上司, その他(____))

設置されている専門職: ☐産業医 ☐保健師 ☐衛生管理者 ☐衛生推進者 ☐安全衛生推進者 ☐統括安全衛生管理者

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 ☐わからない

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)