

勤務情報提供書

がん研有明病院

先生

今後の就業継続の可否、業務の内容について職場で配慮した方がよいことなどについて、医師にご意見をいただ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ひ申し上げます。

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) ()			
	<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()			
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常昼勤務	<input type="checkbox"/> 二交替勤務	<input type="checkbox"/> 三交代勤務	<input type="checkbox"/> 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:)			
	(国内・海外出張の状況:)			
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()		
	通勤時間:()分			
休業可能期間	計 日間(年 月 日まで) (給与支給: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇	<input type="checkbox"/> 積立有給休暇	<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()		
職場で 相談できる人	<input type="checkbox"/> 産業医	<input type="checkbox"/> 産業保健師/看護師	<input type="checkbox"/> 総括安全衛生管理者	<input type="checkbox"/> 衛生管理者
	<input type="checkbox"/> 安全衛生推進者	<input type="checkbox"/> 人事・労務担当者	<input type="checkbox"/> 所属長	<input type="checkbox"/> 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。

勤務情報提供書 記入例

がん研有明病院 (主治医氏名) 先生

今後の就業継続の可否、業務の内容について職場で配慮した方がよいことなどについて、医師にご意見をいただ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	例) 事務職 自動車の運転手、建設作業員など			
職務形態・作業内容	(作業場所・作業内容) 例) 事務所で、書類や受付対応など事務仕事をする タクシー運転手であり、東京都内の長時間の車の運転をする 建設作業員であり、高所での作業や機械の運転・操作がある など			
就労形態	<input type="checkbox"/> 体を使う作業 (重作業) <input type="checkbox"/> 暑熱場所での作業 <input type="checkbox"/> 車の運転 <input type="checkbox"/> 遠隔地出張 (国内)	<input type="checkbox"/> 体を使う作業 (軽作業) <input type="checkbox"/> 寒冷場所での作業 <input type="checkbox"/> 機械の運転・操作 <input type="checkbox"/> 海外出張	<input type="checkbox"/> 長時間立位 <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 対人業務 <input type="checkbox"/> 単身赴任	当てはまるもの すべてにチェック してください。
勤務形態	<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	<input type="checkbox"/> 常昼勤務 <input type="checkbox"/> 二交替勤務 <input type="checkbox"/> 三交代勤務 <input type="checkbox"/> その他 () _____時____分～_____時____分 (週____日、週____時間) (時間外・休日労働の状況:) (国内・海外出張の状況:)			
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 () 通勤時間: () 分			
休業可能期間	計____日間 (____年____月____日まで)			
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、本人や企業が迷っていること、主治医に相談したいことなどを記載してください。			
利用可能な 制度	<input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 時差出勤制度 <input type="checkbox"/> 試し出勤制度	<input type="checkbox"/> 積立有給休暇 <input type="checkbox"/> 短時間勤務制度 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 在宅	現在の利用・今後の利用予定の有無にかかわらず、職場にある制度すべてにチェックしてください。
職場で 相談できる人	<input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 安全衛生推進者	<input type="checkbox"/> 産業保健師/看護師 <input type="checkbox"/> 人事・労務担当者	<input type="checkbox"/> 総括安全衛生管理者 <input type="checkbox"/> 所属長	<input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 直属上司

上記内容を確認しました。
 _____年 _____月 _____日 (本人署名) _____

現在の相談の有無にかかわらず、該当者が職場にいれば、すべてにチェックしてください

_____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 ()

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。

治療と仕事の両立支援のための「勤務情報提供書」作成へのご協力をお願い

当院では、「働き続けたい」という気持ちを持つ患者さん（従業員）が、治療と仕事の両立ができるように、厚生労働省の「事業場における治療と就業生活の両立支援のためのガイドライン」に基づき、職場・産業医等 - 患者さん（従業員） - 病院で、情報共有しながら支援していきたいと考えております。

つきましては、「勤務情報提供書」（事業場の書式でも可）を、患者さん（従業員）と職場・産業医等で一緒に作成し、患者さん（従業員）を経由してお知らせいただきますようお願い申し上げます。

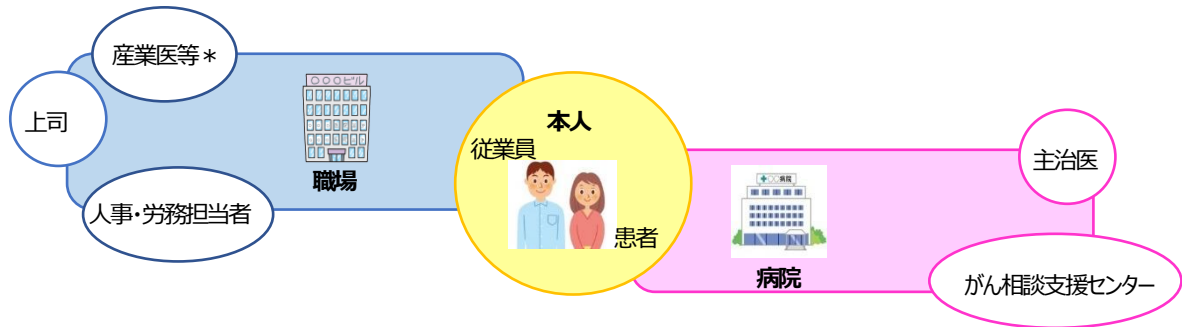
※産業医等とは、産業医、産業保健師・看護師、総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者の方を中心に想定しております。

※治療と仕事の両立支援について、詳しくは厚生労働省 HP をご参照ください。

(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115267.html>)

がん研有明病院 病院長

<治療と仕事の両立支援の流れ>



* 職場の窓口としては、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、安全衛生推進者の方を中心に情報共有をさせていただきます。

職場	本人	病院	本人	職場	病院
本人（従業員・患者）と職場の産業医等が「勤務情報提供書」を作成	「勤務情報提供書」を病院へ提出	・がん相談支援センターの看護師・社会福祉士が「勤務情報提供書」に基づき、治療内容を踏まえて、患者さんに必要な指導・助言を実施 ・主治医が「就労に関する主治医意見書（診断書兼用）」を作成	「主治医意見書（診断書兼用）」を職場へ提出	本人（従業員・患者）と職場の産業医等が職場の両立支援プランについて話し合い	継続支援（必要時）

お問い合わせ先

がん研究会 有明病院 がん相談支援センター

〒135-8550 東京都江東区有明 3-8-31

03-3520-0111 (大代表)

03-3570-0419 (直通) 平日月～金 10:30～12:30 13:30～16:30