

# 勤務先から主治医への情報提供書・質問書

従業員氏名		生年月日		年	月	日
住所						

## ① 従業員の現在の勤務情報

職種						
職務内容	(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			
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規職員	<input type="checkbox"/> パート	<input type="checkbox"/> アルバイト	<input type="checkbox"/> 派遣社員	<input type="checkbox"/> 契約社員・嘱託	
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 自営業				
	※雇用期間の定めあり→ 年 月 まで					
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常屋勤務	<input type="checkbox"/> 二交替勤務	<input type="checkbox"/> 三交替勤務	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
勤務時間	時 分 ~ 時 分（うち休憩 分）（週 日間）					
	（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"/> その他（ ）		通勤時間： 分		
休業可能期間	年 月 日まで（ 日間）					
	※給与支給 <input type="checkbox"/> 有（ 日限度） <input type="checkbox"/> 無					
有給休暇日数	残 日間（ 年 月 日現在）					
産業保険/労務担当の有無（複数可）	<input type="checkbox"/> 産業医	<input type="checkbox"/> 総括安全衛生管理者	<input type="checkbox"/> 衛生管理者			
	<input type="checkbox"/> 産業看護職	<input type="checkbox"/> 安全衛生指導者	<input type="checkbox"/> いない			
利用可能な社内制度	<input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇	<input type="checkbox"/> 傷病休暇・病期休暇	<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（ ）					
復職までの手順	①			④		
	②			⑤		
	③			⑥		

## ② 従業員の復職（就労継続）にあたり想定する業務、主治医への質問

従業員の復職（就労継続）にあたり想定している業務

従業員の復職（就労継続）にあたっての主治医への質問

上記内容を確認しました

年 月 日

従業員署名 \_\_\_\_\_

年 月 日

勤務先名 \_\_\_\_\_

復職等手続きご担当者名 \_\_\_\_\_ :

産業医                       総括安全衛生管理者                       衛生管理者

産業看護職                       安全衛生推進者

※上記のいずれかの職種に☑をお願いします

※今後、連携の必要性が生じた時のためにお差し支えなければ、復職等手続きご担当者名をご記載ください。