先生　　　　　**（勤務情報を主治医に提供する際の様式）**

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ほうが良いことなどについて、先生にご意見を頂くための社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。　ID：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 社員氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　男・女 | 生年月日 | 昭和・平成　 年 　月　 日 |
| 会社名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 産業医・総括安全衛生管理者・衛生管理者・安全衛生推進者・保健師・衛生推進者　　 | □いる　□　いない |

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | □正社員　□契約社員　□　その他（　　　　　　　　　） |
| 職務内容 | （作業場所・作業内容）該当する項目に☑すること□ 体を使う作業（重作業）　 □ 体を使う作業（軽作業）　 □ 長時間立位□ 暑熱場所での作業　 □ 寒冷場所での作業 　□ 高所作業□ 車の運転　 □ 機械の運転・操作　 □ 対人業務　 □ 事務業務　□ 遠隔地出張（国 内） 　□ 海外出張　 □ 単身赴任 |
| 勤務形態 | □常昼勤務 □ 二交替勤務 □ 三交替勤務 □ その他（ ） |
| 勤務時間 | 時　 分 ～ 　　時 　分（休憩時間　　　分、週　 　日勤務）（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 | □ 徒歩 □ 公共交通機関（着座可能） □ 公共交通機関（着座不可能）□ 自動車 □ その他（ 　 ）通勤時間：約（ ）分 |
| 休職可能期間 | 　　年 　月 　日から　　　年 　月 　日まで　（ 　　　日間 ）（給与支給 □ 有 □ 無　　傷病手当金 　 ％ ） |
| 有給休暇日数 | 年　　月　　日時点　残 　　　　日間　（　　月　　日発生　　　日間） |
| 特記事項（医師に確認したいこと） |  |
| 利用可能制 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（ ） |

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

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日　会社名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　　　　　　　　　　　住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　　　　　　　　 |