

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						<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない

職 種	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
職務内容	<p>(作業場所・作業内容)</p> <p>該当する項目に☑すること</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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"/>事務業務</p> <p><input type="checkbox"/>遠隔地出張(国内) <input type="checkbox"/>海外出張 <input type="checkbox"/>単身赴任</p>		
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常昼勤務 <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 (休憩時間 _____ 分、週 _____ 日勤務)	(時間外・休日労働の状況: )	
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: 約 ( _____ ) 分	
休職可能期間	年 月 日から 年 月 日まで ( _____ 日間)	(給与支給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <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 ( )

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 〒 _____ TEL _____