

勤務情報を主治医に提供する際の様式例

(主治医所属・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ほうがよいことなどについて、先生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	※事務職、自動車の運転手、建設作業員など				
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				
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、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"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 傷病手当金 %)				
有給休暇日数	残 日間				
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"/> 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()				

会社において選任されている産業医等に✓してください。

産業医 総括安全衛生管理者 衛生管理者 安全衛生推進者 衛生推進者 保健師

上記内容を確認しました。					
令和	年	月	日	(本人署名)	_____
令和	年	月	日	(会社名)	_____
住所	_____ 電話番号 _____				

治療の状況や就業継続の可否等について主治医の意見を求める際の様式例

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					
病名					
現在の症状	(通勤や業務遂行に影響を及ぼし得る症状や薬の副作用等)				
治療の予定	(入院治療・通院治療の必要性、今後のスケジュール(半年間、月1回の通院が必要、等))				
退院後／治療中の就業継続の可否	<input type="checkbox"/> 可 (職務の健康への悪影響は見込まれない) <input type="checkbox"/> 条件付きで可 (就業上の措置があれば可能) <input type="checkbox"/> 現時点で不可 (療養の継続が望ましい)				
望ましい就業上の措置	例：重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や海外出張は避ける など 注) 提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。				
治療に対する配慮事項	例：通院時間を確保する、休憩場所を確保する など 注) 治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。				
上記の措置期間	年	月	日	～	年 月 日

上記内容を確認しました。

令和 年 月 日

(本人署名) _____

上記のとおり、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

令和 年 月 日

(主治医署名) _____

住所

電話番号

※ 1 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、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

※ 2 職場復帰・就業継続の可否や具体的な就業上の配慮等に関しては、主治医の意見をもとに、産業医等の意見を勘案しつつ、労働者と十分話し合った上で、事業者が最終的に決定するものです。

職場復帰の可否等について主治医の意見を求める際の様式例

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					

復職に関する 意見	<input type="checkbox"/> 復職可 <input type="checkbox"/> 条件付き可 <input type="checkbox"/> 現時点で不可 (休業: ~ 年 月 日)
望ましい就業上の 措置	例: 重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や海外出張は避ける など 注) 提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
治療に対する 配慮事項	例: 通院時間を確保する、休憩場所を確保する など 注) 治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
上記の措置期間	年 月 日 ~ 年 月 日

上記内容を確認しました。 令和 年 月 日 (本人署名) _____

上記のとおり、職場復帰の可否等に関する意見を提出します。

令和 年 月 日 (主治医署名) _____

住所

電話番号

- ※ 1 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、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。
- ※ 2 職場復帰・就業継続の可否や具体的な就業上の配慮等に関しては、主治医の意見をもとに、産業医等の意見を勘案しつつ、労働者と十分話し合った上で、事業者が最終的に決定するものです。

労働者が主治医に自ら勤務情報を提供し、かつ、この情報に基づき 主治医が就業上の意見等を提示するための様式例 〈両立支援カード〉

両立支援カードとは

「両立支援カード」は、治療を受けながら働き続けることを希望する労働者(患者)が、自身の職場や働き方等の情報を記載して医療機関に提出することで、医師が労働者を經由して事業者に対して必要な情報提供を行うための書式です。本カードをもとに、事業者と労働者(患者)が話し合い、仕事の継続に最適な措置等を実施してください(事業場に産業医等が選任されている場合、産業医等の意見も踏まえてください)。なお、事業者が必ずしも本カードの記載どおりに配慮を実施する法的義務を伴うものではありません。

※ 事業場および医療機関においては、労働者(患者)に関するプライバシーには十分に配慮した上で、書式の管理をお願いします。

本カードの作成にあたって

事業者の方へ：労働者記載の職務内容に追記・修正等が必要な場合

労働者本人が記載した職務内容に追記・修正等が必要な場合、事業者が本人と相談して、本カードと併せて勤務情報を主治医に提供する際の様式例を主治医に提供することも可能です。

労働者の方へ：本カード作成にあたってサポートが必要な場合

必要に応じて支援人材のサポートを受けることにより、症状や業務内容に応じた、より適切な両立支援の実施が可能となります。例えば、「両立支援コーディネーター」は、労働者の同意のもと、治療や業務に関する情報を得て、労働者の治療や業務の状況に応じた必要な配慮等の情報を整理して本人に提供します。

医師の方へ：症状に応じた配慮の方法を知りたい場合

「両立支援情報サイト」では医療機関従事者向けの自己学習サイトとして、両立支援の症状ごとの配慮の方法を紹介しています。本カードでも〈配慮の例〉を掲載していますが、必要に応じて当サイトもご参考ください。



〈 I . 本人記載欄 〉

氏名		生年月日	
住所			
職務内容 (有期雇用の場合は雇用契約期間も併せてご記入ください)			
勤務時間 時 分～ 時 分 (休憩 時間、週 日間)			
1 上記職務内容に含まれる作業 (右記(1)～(3)について該当する作業に○を記してください)	(1)身体上の負荷がある作業	①立位作業 ②-a 重量物の取扱作業 ②-b 体を大きく動かす作業 ③ 暑熱/寒冷/屋外作業 ④ 振動工具の取扱作業 ⑤-a 不特定多数の人と対面する作業 ⑤-b 病原体等の取扱作業 ⑥ 化学物質や粉塵等で呼吸用保護具を装着する作業	
	(2)事故の可能性が高まる作業	① 1人作業 ② 高所作業 ③ 危険な機械操作・自動車運転	
	(3)心身の負担が高いと感じられる作業	① 残業・休日労働など(長時間労働) ② 出張 ③ 夜勤 ④ その他 ()	
	(1)～(3)の作業について、特に医師意見を求める作業内容およびその理由	()	
2 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"/> 半日単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇・病気休暇 <input type="checkbox"/> 勤務日数短縮(週__日勤務) <input type="checkbox"/> 短時間勤務 <input type="checkbox"/> 時差出勤 <input type="checkbox"/> フレックスタイム <input type="checkbox"/> 試し出勤 <input type="checkbox"/> 在宅勤務 <input type="checkbox"/> その他()		
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常昼勤務 <input type="checkbox"/> 交替勤務(深夜勤務なし) <input type="checkbox"/> 交替勤務(深夜勤務あり) <input type="checkbox"/> その他 ※例：自発的な離席が困難な勤務形態等 ()		
通勤方法 (該当すべてに✓し通勤時間をご記入ください)	<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"/> 通勤なし(在宅勤務) <input type="checkbox"/> その他() 通勤時間 片道 分		
年次有給休暇日数	残 日間		

会社において選任されている産業医等に✓してください。

産業医 総括安全衛生管理者 衛生管理者 安全衛生推進者 衛生推進者 保健師

会社に両立支援の申し出を行い、本カードの作成にあたって下記の担当部署・担当者の確認を受けました。

(会社記載欄)

会社名

担当部署・担当者名

住所

電話番号

〈Ⅱ. 医師記載欄〉

氏名	生年月日			
住所				
診断名				
現在の症状				
今後の治療内容				
通院頻度				
就労に関する意見	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 下記ア～ウの条件付き可(年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 現時点で不可			
ア 病勢の悪化や労働災害など事故に巻き込まれることを防ぐために配慮が必要な事項(本人記載欄1の作業に対応する配慮事項)	(1)身体上の負荷がある作業			
	① 立位作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 立位の時間の制限 <input type="checkbox"/> 椅子等の準備	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	②-a 重量物の取扱作業 ②-b 体を大きく動かす作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 作業時間や回数の制限 <input type="checkbox"/> 負荷の削減	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	③ 暑熱/寒冷/屋外作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 作業時間や回数の制限 <input type="checkbox"/> 空調機器の利用	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	④ 振動工具の取扱作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 振動の少ない工具の利用 <input type="checkbox"/> 作業時間の制限	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	⑤-a 不特定多数の人と対面する作業 ⑤-b 病原体等の取扱作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 作業時間の制限 <input type="checkbox"/> 保護具の着用	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	⑥ 化学物質や粉塵等で呼吸用保護具を装着する作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 作業時間の制限 <input type="checkbox"/> 作業強度の制限	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	(2)事故の可能性が高まる作業			
	① 1人作業 ② 高所作業 ③ 危険な機械操作・自動車運転	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 当人や他者への危害を防止する安全装置等 <input type="checkbox"/> 当人の安全を確認できる配置等	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	(3)心身の負担が高いと感じられる作業			
① 残業・休日労働など(長時間労働) ② 出張 ③ 夜勤 ④ その他	<input type="checkbox"/> 作業可	()	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可	
イ 本人記載欄1の作業について、上記ア以外の必要な配慮事項・アの配慮の補足事項	<input type="checkbox"/> 負担の少ない保護具着用 <input type="checkbox"/> 紫外線をできるだけ避ける <input type="checkbox"/> 食事内容により病勢が悪化するため会食を避ける <input type="checkbox"/> 排尿・排便回数が多くなるためトイレが利用しやすい環境整備 <input type="checkbox"/> 残業・休日労働(長時間労働)の制限 <input type="checkbox"/> 出張の制限 <input type="checkbox"/> 夜勤の制限 <input type="checkbox"/> その他 ()			
ウ 本人記載欄2の利用可能な社内制度を踏まえた、上記ア・イ以外の、患者が働き続けるために医学的理由から配慮が望ましい事項 ※次ページ<配慮の例>も参照の上で、ご記入ください	<input type="checkbox"/> 治療スケジュールに合わせた休暇等 <input type="checkbox"/> 作業中の適宜休憩 <input type="checkbox"/> 短時間勤務 <input type="checkbox"/> 時差出勤 <input type="checkbox"/> フレックスタイム <input type="checkbox"/> 試し出勤 <input type="checkbox"/> 在宅勤務 <input type="checkbox"/> その他 ※例：長時間情報機器作業を制限する等 ()			

医師署名欄	上記の通り、就労の可否や配慮に関する意見を提出します。 令和 年 月 日 医療機関名 (主治医署名) 住所 電話番号
本人署名欄	上記内容を確認し、職場での配慮に関する措置を申請します。 令和 年 月 日 (本人署名)

※職場復帰・就業継続の可否や具体的な就業上の配慮等に関しては、主治医の意見をもとに、産業医等の意見を勘案しつつ、労働者と十分話し合った上で、事業者が最終的に決定するものです。

<配慮の例>

医師の方へ：医師記載欄ウ「社内制度を踏まえた、医学的理由から配慮が望ましい事項」を記入する際の参考としてご活用ください。

A 作業場の調整	A-1 休憩室の整備をする A-2 椅子の配置をする A-3 暑すぎない・寒すぎない環境を整備する A-4 広い作業スペースを準備する A-5 定期的に換気する A-6 分煙・喫煙環境を整備する
B 作業内容の変更	B-1 休憩を取りやすい環境を整備する B-2 段階的な業務量の増加を認める B-3 テレワーク(在宅勤務)を認める B-4 時差出勤・フレックス勤務を認める B-5 残業を免除する・短時間勤務を許可する B-6 交代制勤務・夜勤を免除する B-7 出張を免除する B-8 身体的負担・精神的負担が大きい作業を免除しほかの作業を任せる B-9 仕事の役割・責任を明確にする B-10 裁量度の高い仕事を免除する B-11 ひとり作業を免除する
C スケジュールの調整	C-1 治療のスケジュールに合わせて勤務形態を検討する C-2 納期の短い仕事を任せない C-3 受診や体調不良時に休みを取りやすくする
D 事業内ルールの変更	D-1 制服以外の衣服の着用を許可する D-2 職場の相談先を明確化する
E 本人が安心できる環境整備	E-1 有給休暇を取得しやすい環境を整備する E-2 休暇可能日数を伝える E-3 上司などを通じて体調について定期的に確認する E-4 必要な配慮について定期的に確認する E-5 トイレに行きやすい環境を整備する E-6 オストメイト対応トイレを整備する
F 移動に関する調整	F-1 安全な移動手段を提供する・確保する F-2 車いすで移動できる環境を整備する F-3 移動が少なくなるよう配置する F-4 段差を少なくする F-5 職場に近い駐車場を確保する F-6 エレベーターを優先的に利用する F-7 通路に視覚障害者誘導用ブロックを設置する
G 視覚障害・色覚障害・聴覚障害に対する対応	G-1 拡大ソフト・拡大鏡を準備する G-2 夜間の業務を制限し日中の業務を準備する G-3 色覚特性に応じた色を利用する G-4 補聴器の使用を許可する G-5 筆談を許可する
H 内服・食事・血糖管理等に関すること	H-1 間食・補食を許可する H-2 内服・血糖測定・インスリン自己注射・成分栄養剤を摂取するなどの清潔な場所を提供する
I アピアランス(外見)ケア	I-1 対人業務が少なくなるよう工夫する I-2 メイクできる部屋を準備する I-3 更衣室を一人で利用できるよう工夫する
J 補助具・マスクの使用	J-1 電動ファン付き呼吸用保護具を準備する J-2 重量物に治具を用いる
K その他	K-1 困ったときに申し出をしやすい環境を整備する

両立支援プラン／職場復帰支援プランの作成例

作成日： 年 月 日

従業員 氏名	生年月日		性別
	年	月	日
所属	従業員番号		
治療・投薬等の状況、今後の予定	<ul style="list-style-type: none"> ・入院による手術済み。 ・今後1か月間、平日5日間の通院治療が必要。 ・その後薬物療法による治療の予定。週1回の通院1か月、その後月1回の通院に移行予定。 ・治療期間を通し副作用として疲れやすさや免疫力の低下等の症状が予想される。 ※職場復帰支援プランの場合は、職場復帰日についても記載		
期間	勤務時間	就業上の措置・治療への配慮等	(参考) 治療等の予定
(記載例) 1か月目	10:00 ～ 15:00 (1時間休憩)	短時間勤務 毎日の通院配慮要 残業・深夜勤務・遠隔地出張禁止 作業転換	平日毎日通院・放射線治療 (症状: 疲れやすさ、免疫力の低下等)
2か月目	10:00 ～ 17:00 (1時間休憩)	短時間勤務 通院日の時間単位の休暇取得に配慮 残業・深夜勤務・遠隔地出張禁止 作業転換	週1回通院・薬物療法 (症状: 疲れやすさ、免疫力の低下等)
3か月目	9:00 ～ 17:30 (1時間休憩)	通常勤務に復帰 残業1日当たり1時間まで可 深夜勤務・遠隔地出張禁止 作業転換	月1回通院・薬物療法 (症状: 疲れやすさ、免疫力の低下等)
業務内容	<ul style="list-style-type: none"> ・治療期間中は負荷軽減のため作業転換を行い、製品の運搬・配達業務から部署内の●●業務に変更する。 		
その他 就業上の 配慮事項	<ul style="list-style-type: none"> ・副作用により疲れやすくなることが見込まれるため、体調に応じて、適時休憩を認める。 		
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・治療開始後は、2週間ごとに産業医・本人・総務担当で面談を行い、必要に応じてプランの見直しを行う。(面談予定日: ●月●日●～●時) ・労働者においては、通院・服薬を継続し、自己中断をしないこと。また、体調の変化に留意し、体調不良の訴えは上司に伝達のこと。 ・上司においては、本人からの訴えや労働者の体調等について気になる点があればすみやかに総務担当まで連絡のこと。 		