

氏名	雇入れ日 職場復帰日	年 月 日
就労・復職希望者本人の自覚症状等(本人記入欄)※当てはまる項目にチェックの上、ご記入ください。 ※⑤家族の就労状況については、回答したくない場合は、空欄でも構いません。		
①睡眠状況: 入眠時刻: 時 分 起床時刻: 時 分 睡眠時間: 時間 熟睡感が(<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 夜中に何度も目が覚める <input type="checkbox"/> 明け方に目が覚めて眠れない <input type="checkbox"/> 朝寝・昼寝を週2日以上する <input type="checkbox"/> その他()		
②食事等: <input type="checkbox"/> 朝食を毎日食べる <input type="checkbox"/> 朝食は週に 日食べないことがある <input type="checkbox"/> 朝食は毎日食べない <input type="checkbox"/> 昼食を毎日食べる <input type="checkbox"/> 昼食は週に 日食べないことがある <input type="checkbox"/> 昼食は毎日食べない <input type="checkbox"/> 夕食を毎日食べる <input type="checkbox"/> 夕食は週に 日食べないことがある <input type="checkbox"/> 夕食は毎日食べない <input type="checkbox"/> 食欲がある <input type="checkbox"/> 食欲があまりない <input type="checkbox"/> 分食が必要である(3食以外の食べる時間帯:)		
③体力・メンタルヘルス等: ○質問1: 症状安定・療養前の体調良好な時の体力を100%とすると、今は何パーセントですか→ _____ % ○質問2: ここ最近2週間の体調はいかがですか (<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> まあ良い <input type="checkbox"/> 少し悪い <input type="checkbox"/> 悪い) ○質問3: 訳もなく朝から疲れた感じがすることがありますか (<input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> 週に 日は思う <input type="checkbox"/> 毎日思う) ○質問4: 何かに集中したり、決断できないことがありますか (<input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> 週に 日は思う <input type="checkbox"/> 毎日思う) ○質問5: 気分が沈んだり、憂鬱でいっぱいなことがありますか(<input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> 週に 日は思う <input type="checkbox"/> 毎日思う) ○質問6: 不安で、心が落ち着かないことがありますか (<input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> 週に 日は思う <input type="checkbox"/> 毎日思う)		
④症状: ○痛みについて、 <input type="checkbox"/> 痛みはない <input type="checkbox"/> 痛みがある(痛みの部位:) ○便秘について、 <input type="checkbox"/> 便秘に問題なし <input type="checkbox"/> 便秘気味である(便秘頻度:) <input type="checkbox"/> 下痢気味である(一日 回) ○自覚症状について、 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 風邪気味(<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 咳) <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痺れ <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> むくみ がある。 ○その他、 <input type="checkbox"/> 気になる症状として、下記のものがある。 ()		
⑤生活状況 : <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他() 家族の就労状況: <input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 共働き <input type="checkbox"/> その他()		
⑥通勤経路:(例:自宅 7:05(徒歩)→八王子 7:25 発(中央線)→新宿 7:58 着(徒歩)→8:15 会社着)		
職場に望む配慮事項	<input type="checkbox"/> 定期的な上司・人事担当・上長との面談をしたい <input type="checkbox"/> (産業医がいる場合は)定期的な産業医との面談をしたい <input type="checkbox"/> 通勤時間・経路・手段で配慮が欲しい(具体的には:) <input type="checkbox"/> 通院のための休暇・時間が欲しい(具体的には:) <input type="checkbox"/> 就業時間・就業場所・就業内容で、配慮が欲しい (具体的には:) <input type="checkbox"/> その他:()	

①業種	1.建設業 2. 製造業 3.電気・ガス・熱供給・水道業 4.情報通信業 5. 運輸・郵便業 6.卸売業、小売業 7.金融業、保険業 8. 不動産業 9. 飲食業 10.医療・福祉 11. 教育、学習支援業 12. その他() 番号()		
②想定される 職場の社員数	1. 1～19人 2. 20～49人 3. 50～99人 4. 100～199人 5. 200～299人 6. 300～499人 7. 500～999人 8. 1000人以上 番号()		
③想定される 主な業務内容			
④想定される業務内容に関する就業条件等について、いずれかの印(○、△、—)を、下記の各項目に付けてください。 ※必須条件(労働者ができることが求められる場合) :○ 希望条件(労働者が必ずしもできる必要はなく、配慮の余地がある場合):△ 非該当条件(該当しない場合) :—			
フルタイムの勤務ができること		時間外労働ができること (_____ 時間程度)	
早朝勤務ができること		夜間・深夜勤務ができること	
座位での作業が長時間できること		立位での作業が長時間できること	
身体に負担のかかる作業ができること		遠方・海外への出張ができること	
指先・手先を使う細かい作業ができること		注意深さを要求される仕事ができること	
パソコン作業ができること		電話対応業務ができること	
窓口・接客業務ができること		交渉・渉外・営業の業務ができること	
長時間の会議や打ち合わせができること		車の運転ができること	
熱源のある場所での作業ができること		高所作業ができること	
その他の必要となる就業条件等			
⑤配慮が可能な事項 ※配慮が可能な事項に○を付けてください。 その他、配慮可能なことがあれば、記入してください。			
短時間勤務が可能		サブ的業務(誰かの仕事を手伝う業務)が可能	
通勤時間での配慮が可能		内勤のみの配慮が可能	
座位での業務への配置転換が可能		産業医による定期的な面談が可能	
休憩時間の配慮が可能		通院時間や通院休暇での配慮が可能	
休憩室(男女別で、プライベートが確保された、横になれるスペース)が利用可能			
その他:			
⑥勤務形態	基本の始業・終業時間	始業時間: 時 分 ~ 終業時間: 時 分	
	休日	完全週休二日制 ・ それ以外()	
⑦その他の情報提供しておきたい事項			

上記内容を確認のうえ、医療機関へ提出します。

_____年 月 日 (本人署名)



上記内容を確認のうえ、医療機関へ提出することに同意します。

_____年 月 日 (事業主名)

