

がん患者の就労支援に関する情報提供依頼書・診断書(情報提供)の使い方

1 どんな場合に利用するのか

この様式は、がん患者さんが働きながら治療を続けたり、休職から復職する時に、治療と仕事が両立できるように、企業と医師が互いの情報を共有するために利用するものです。

2 利用の仕方

- ① 会社の担当者もしくは産業医が、復職・就労継続支援に関する情報提供依頼書に必要事項を記入し主治医に提出します。
 - 会社の担当者が記入する場合は別添1の様式
 - 産業医が記入する場合は別添2の様式を使用してください。
- ② 提出された情報をもとに、主治医は、復職・就労継続支援に関する診断書(情報提供)に記入し、会社の担当者もしくは産業医に回答することが出来ます。診断書料については、医療機関にお問い合わせください。
- ③ 別添1・2の情報提供依頼書を提出の際は、会社の担当者もしくは産業医は、従業員本人が今後会社でどのような業務に就きたいかなど、本人の仕事に関する希望についても必ず確認してください。

この様式の使用にあたっては、情報提供依頼書を提出し、診断書(情報提供)で回答をもらう形式を想定していますが、その他診断書(情報提供)にかわって病院の発行する診断書を使用するなど、使いやすい方法でご利用ください。

また、情報提供依頼書・診断書(情報提供)に関する疑問やお気づきの点がありましたら、下記までご連絡いただければ幸いです。

◆千葉県健康福祉部健康づくり支援課がん対策班

メールアドレス : cantaisaku@mz.pref.chiba.lg.jp

復職・就労継続支援に関する情報提供依頼書

病院・クリニック

先生 御机下

〒

人事労務責任者

印

Tel

下記の弊社従業員の復職・就労継続支援に際し、別紙により診断・情報提供及び御意見をいただければと存じます。

なお、いただいた情報は、本人の復職・就労継続を支援する目的のみに使用され、プライバシーには十分配慮しながら人事担当部署が責任を持って管理いたします。

今後とも弊社の健康管理活動へのご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

記

1 従業員

[氏 名] (男・女) [生年月日] 昭和・平成 年 月 日
[復職日(予定)] 平成 年 月 日 [職 種]

2 弊社での勤務状況等

通勤	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> その他() 通勤時間 時間 分
現在の業務・勤務形態	<input type="checkbox"/> 体を使う作業(<input type="checkbox"/> 重作業 <input type="checkbox"/> 軽作業) <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 出張・外回り <input type="checkbox"/> 車の運転 <input type="checkbox"/> PC作業 <input type="checkbox"/> 交代勤務 <input type="checkbox"/> 暑熱・寒冷作業 <input type="checkbox"/> 長時間立位 <input type="checkbox"/> その他()
就業上の可能な配慮(予定)	<input type="checkbox"/> なし(通常勤務) <input type="checkbox"/> あり(就業制限) ありの場合の内容： <input type="checkbox"/> 勤務時間短縮() <input type="checkbox"/> 配置転換予定 <input type="checkbox"/> 交代制勤務・時間外勤務の禁止 <input type="checkbox"/> 通勤手段の配慮 <input type="checkbox"/> PC等電子機器の作業の制限 <input type="checkbox"/> その他()
その他特記事項	<input type="checkbox"/> 休暇残日数(日程度) <input type="checkbox"/> 産業医・会社の復職の目安()

3 情報提供依頼事項

(1) 診断書

(2) 情報提供書

① 治療状況

診断名、現在までの治療内容、これまでの治療による身体・精神の変化、今後の通院・治療予定、今後の治療により見込まれる注意事項

② 主治医意見

復職・就労継続についての意見、その他(上記以外で特段の配慮が必要な事項など)

(本人記入)

私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、本書により人事労務責任者から主治医へ依頼すること及び別紙により主治医から人事労務責任者へ情報提供することに同意します。

平成 年 月 日

氏 名

印

復職・就労継続支援に関する情報提供依頼書

△△ 病院・クリニック

△△ 先生 御机下

〒

〇〇株式会社 〇〇事業場

人事労務責任者

印

Tel 〇-〇-〇

下記の弊社従業員の復職・就労継続支援に際し、別紙により診断・情報提供及び御意見をいただければと存じます。

なお、いただいた情報は、本人の復職・就労継続を支援する目的のみに使用され、プライバシーには十分配慮しながら人事担当部署が責任を持って管理いたします。

今後とも弊社の健康管理活動へのご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

記

1 従業員

[氏名] 千葉 花子 (男・女) [生年月日] 昭和・平成42年1月1日

[復職日(予定)] 平成28年4月1日 [職種] 営業、一般事務、建設作業員等

2 弊社での勤務状況等

通勤	<input type="checkbox"/> 電車 <input checked="" type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> その他() 通勤時間 時間 20 分
現在の業務・勤務形態	<input checked="" type="checkbox"/> 体を使う作業 (<input checked="" type="checkbox"/> 重作業 <input type="checkbox"/> 軽作業) <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 出張・外回り <input checked="" type="checkbox"/> 車の運転 <input checked="" type="checkbox"/> PC作業 <input type="checkbox"/> 交代勤務 <input type="checkbox"/> 暑熱・寒冷作業 <input type="checkbox"/> 長時間立位 <input checked="" type="checkbox"/> その他(フレックス制。3日ごとの交代制。運転・PC作業各半日等。)
就業上の可能な配慮(予定)	<input type="checkbox"/> なし(通常勤務) <input checked="" type="checkbox"/> あり(就業制限) ありの場合の内容: <input checked="" type="checkbox"/> 勤務時間短縮(週〇日、〇時~〇時まで)) <input checked="" type="checkbox"/> 配置転換予定 <input checked="" type="checkbox"/> 交代制勤務・時間外勤務の禁止 <input type="checkbox"/> 通勤手段の配慮 <input type="checkbox"/> PC等電子機器の作業の制限 <input checked="" type="checkbox"/> その他(職場復帰訓練として1か月以内なら短時間勤務の調整可能、在宅勤務、時差出勤等。)
その他特記事項	<input type="checkbox"/> 休暇残日数(日程度) <input checked="" type="checkbox"/> 産業医・会社の復職の目安(公共交通機関を利用して通勤可能。〇時間集中して作業可能。運転に影響する副作用がない等。)

3 情報提供依頼事項

(1) 診断書

(2) 情報提供書

① 治療状況

診断名、現在までの治療内容、これまでの治療による身体・精神の変化、今後の通院・治療予定、今後の治療により見込まれる注意事項

② 主治医意見

復職・就労継続についての意見、その他(上記以外で特段の配慮が必要な事項など)

(本人記入)

私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、本書により人事労務責任者から主治医へ依頼すること及び別紙により主治医から人事労務責任者へ情報提供することに同意します。

平成28年3月22日

氏名 千葉 花子 印

復職・就労継続支援に関する情報提供依頼書

病院・クリニック

先生 御机下

〒

産業医

印

Tel

下記の弊社従業員の復職・就労継続支援に際し、別紙により診断・情報提供及び御意見をいただければと存じます。

なお、いただいた情報は、本人の復職・就労継続を支援する目的のみに使用され、プライバシーには十分配慮しながら産業保健担当部署が責任を持って管理いたします。

今後とも弊社の健康管理活動へのご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

記

1 従業員

[氏 名] (男・女) [生年月日] 昭和・平成 年 月 日

[復職日(予定)] 平成 年 月 日 [職 種]

2 弊社での勤務状況等

通勤	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> その他() 通勤時間 時間 分
現在の業務・勤務形態	<input type="checkbox"/> 体を使う作業(<input type="checkbox"/> 重作業 <input type="checkbox"/> 軽作業) <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 出張・外回り <input type="checkbox"/> 車の運転 <input type="checkbox"/> PC作業 <input type="checkbox"/> 交代勤務 <input type="checkbox"/> 暑熱・寒冷作業 <input type="checkbox"/> 長時間立位 <input type="checkbox"/> その他()
就業上の可能な配慮(予定)	<input type="checkbox"/> なし(通常勤務) <input type="checkbox"/> あり(就業制限) ありの場合の内容： <input type="checkbox"/> 勤務時間短縮() <input type="checkbox"/> 配置転換予定 <input type="checkbox"/> 交代制勤務・時間外勤務の禁止 <input type="checkbox"/> 通勤手段の配慮 <input type="checkbox"/> PC等電子機器の作業の制限 <input type="checkbox"/> その他()
その他特記事項	<input type="checkbox"/> 休暇残日数(日程度) <input type="checkbox"/> 産業医・会社の復職の目安()

3 情報提供依頼事項

(1) 診断書

(2) 情報提供書

① 治療状況

診断名、現在までの治療内容、これまでの治療による身体・精神の変化、今後の通院・治療予定、今後の治療により見込まれる注意事項

② 主治医意見

復職・就労継続についての意見、その他(上記以外で特段の配慮が必要な事項など)

(本人記入)

私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、本書により産業医から主治医へ依頼すること及び別紙により主治医から産業医へ情報提供することに同意します。また、診断書の部分の記入内容について、人事部門に情報提供することも併せて同意します。

平成 年 月 日

氏 名

印

復職・就労継続支援に関する情報提供依頼書

△△ 病院・クリニック

△△ 先生 御机下

〒

〇〇株式会社 〇〇事業場

産業医

印

Tel 〇-〇-〇

下記の弊社従業員の復職・就労継続支援に際し、別紙により診断・情報提供及び御意見をいただければと存じます。

なお、いただいた情報は、本人の復職・就労継続を支援する目的のみに使用され、プライバシーには十分配慮しながら産業保健担当部署が責任を持って管理いたします。

今後とも弊社の健康管理活動へのご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

記

1 従業員

[氏名] 千葉 花子 (男・女) [生年月日] 昭和・平成42年1月1日

[復職日(予定)] 平成28年4月1日 [職種] 営業、一般事務、建設作業員等

2 弊社での勤務状況等

通勤	<input type="checkbox"/> 電車 <input checked="" type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> その他() 通勤時間 時間 20 分
現在の業務・勤務形態	<input checked="" type="checkbox"/> 体を使う作業 (<input checked="" type="checkbox"/> 重作業 <input type="checkbox"/> 軽作業) <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 出張・外回り <input checked="" type="checkbox"/> 車の運転 <input checked="" type="checkbox"/> PC作業 <input type="checkbox"/> 交代勤務 <input type="checkbox"/> 暑熱・寒冷作業 <input type="checkbox"/> 長時間立位 <input checked="" type="checkbox"/> その他(フレックス制。3日ごとの交代制。運転・PC作業各半日等。)
就業上の可能な配慮(予定)	<input type="checkbox"/> なし(通常勤務) <input checked="" type="checkbox"/> あり(就業制限) ありの場合の内容: <input checked="" type="checkbox"/> 勤務時間短縮(週〇日、〇時~〇時まで)) <input checked="" type="checkbox"/> 配置転換予定 <input checked="" type="checkbox"/> 交代制勤務・時間外勤務の禁止 <input type="checkbox"/> 通勤手段の配慮 <input type="checkbox"/> PC等電子機器の作業の制限 <input checked="" type="checkbox"/> その他(職場復帰訓練として1か月以内なら短時間勤務の調整可能、在宅勤務、時差出勤等。)
その他特記事項	<input type="checkbox"/> 休暇残日数(日程度) <input checked="" type="checkbox"/> 産業医・会社の復職の目安(公共交通機関を利用して通勤可能。〇時間集中して作業可能。運転に影響する副作用がない等。)

3 情報提供依頼事項

(1) 診断書

(2) 情報提供書

① 治療状況

診断名、現在までの治療内容、これまでの治療による身体・精神の変化、今後の通院・治療予定、今後の治療により見込まれる注意事項

② 主治医意見

復職・就労継続についての意見、その他(上記以外で特段の配慮が必要な事項など)

(本人記入)

私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、本書により産業医から主治医へ依頼すること及び別紙により主治医から産業医へ情報提供することに同意します。また、診断書の部分の記入内容について、人事部門に情報提供することも併せて同意します。

平成28年3月22日

氏名 千葉 花子 印

記入例

復職・就労継続支援に関する診断書(情報提供)

※本様式に御記入が難しい場合は、任意様式に御記入いただいても結構です。

患者	氏名	千葉 花子	生年月日 (年齢)	昭和42年 1 月 1 日 (48歳)	性別	女	住所	〇〇市△△1-1
	復職・就労継続	上記の方に関する治療状況を情報提供いたします。今後の予定は以下となります。 <input type="checkbox"/> 入院にて治療が必要 <input type="checkbox"/> 入院が必要な治療は終了 <input type="checkbox"/> 今後外来にて追加治療 <input type="checkbox"/> 追加治療は当面予定されておらず外来にて経過観察 <input type="checkbox"/> その他:(詳細)						
診断書	復職・就労継続の検討の際に参考にしていただければと存じます。 平成 年 月 日		医療機関名:		所在地:		電話番号:	
			医師氏名:		印			
治療状況	診断名							
	1.	発症年月日 (平成 年 月 日 頃) <input type="checkbox"/> 不詳						
情報提供	2.	発症年月日 (平成 年 月 日 頃) <input type="checkbox"/> 不詳						
	3.	発症年月日 (平成 年 月 日 頃) <input type="checkbox"/> 不詳						
情報提供	経過:							
	現在までの治療内容	外科的手術 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(術式: 手術日:平成 年 月 日) 化学療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容:) 放射線療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容:) その他治療 (内容:ホルモン療法、治験等)						
情報提供	これまでの治療による身体・精神の変化	<input type="checkbox"/> なし						
	これまでの治療による身体・精神の変化が有りの場合の内容:	ダンピング症候群や人工肛門の増設等に伴う排泄、食事等の状況、骨髄抑制の有無、皮疹、鬱・不眠などの副作用に伴う身体・精神機能について記入。 現在までの治療内容、経過、今後の治療予定を御記入ください。 今後の治療予定は、通院治療の際に、休暇等の配慮が必要かを判断するためにお伺いします。 添付資料について、治療計画書や患者への内容説明書等の写しが御提出可能な場合は、添付をお願いいたします。						
情報提供	今後の通院・治療予定	通院 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (回数: 回/月・週 期間見込み:) 外科的手術 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容:) 化学療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: 期間見込み:約6カ月) (術後補助化学療法:3ヶ月に1回程度、効果判定を実施しつつ継続予定。2週間に1回の通院頻度の見込み。) 放射線療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: 期間見込み:約30日) その他治療 (内容: 期間見込み:)						
	今後の治療により見込まれる注意事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(添付資料: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)						
主治医意見	今後の治療により見込まれる注意事項が有りの場合の内容:	ダンピング症候群や人工肛門の増設等に伴う排泄、食事等の状況、骨髄抑制の有無、皮疹、鬱・不眠などの副作用に伴う身体・精神機能について記入。 また、一部の抗がん剤(アルコール含)の実施をしている患者の運転制限等、リスクを伴う事柄も記入。						
	復職・就労継続についての意見	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
主治医意見	ありの場合の内容:	通勤や従事する業務内容等について、注意や配慮が必要な場合は記入。						
	その他	<input type="checkbox"/> なし						
主治医意見	ありの場合の内容:	治療の見込期間(〇年〇月位まで治療予定)等を記入。 この情報提供書は、がんと診断された時にすぐに仕事を退職するのではなく、仕事と治療の両立を可能にするための主治医と患者・会社・産業医を結ぶ資料になります。患者の今後の就業方針が定まることを踏まえて、主治医意見を記載頂くようお願いいたします。						
	その他							