**治療と仕事の両立支援に関する企業から主治医への**

**就業配慮情報の提供のお願い（案）**

**病院**

**先生殿**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | （　　歳） |
| 確認事項 |  |

確認事項

この度は、弊社の上記社員に対する「治療と仕事の両立支援」について、主治医の先生のご意見をお伺いしたくご連絡いたしました。当該社員が、後ほどお示しする業務・職場で就業（復職）するにあたり、治療と仕事の両立をスムーズに行うため、社内で必要と思われる「配慮」などについて、主治医の立場から、ご意見をいただけると幸いです。ご協力、よろしくお願いいたします。

会社の立ち位置

弊社では厚生労働省が作成した「[治療と仕事の両立支援ガイドライン](https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/)」を参考に、病気を持ちながらも働きたい社員の「治療と仕事の両立を支援する仕組み」を導入し、社内での支援体制を整え、経営層・上司・人事総務部門・産業保健スタッフが連携して、なるべく社員本人の働く意欲を尊重した就労の機会を提供したいと考えております。具体的な職場の状況や就労条件、利用が可能な社内制度などは、次ページ以降を参照ください。

情報の取り扱いについて

この依頼書を通じて主治医の先生よりいただいた情報は、社員本人・上司・人事総務部門内の担当者のみで共有し、「治療と仕事の両立支援」を目的とした取り組みに限定して利用することを約束いたします。また、両立に必要な対応については、社内でできる限り対応することをお約束いたします。

つきましては、ご多忙のところ大変恐縮ですが、両立支援に必要な就業上の配慮に関するご意見のほどよろしくお願い致します。（次ページ以降に詳細記載）

年　　月　　日

担当：

連絡先：

**仕事に関する情報（現在もしくは今後就労する職場の状況）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 従業員氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 |  | | |
| 職　　種 |  | | |
| 職務内容 | * 作業場所・作業内容：  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 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 | | 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（早番、遅番）　三交替勤務　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 | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 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：（　　　　　　　　　　　　）分 | | |
| 休業可能期間 | 年　　　月　　　日まで（　　　日間）  （給与支給　有り 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 | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 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）

**治療の状況や就業継続の可否等についての主治医からの意見書**

**（診断書と兼用）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 従業員氏名 |  | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 |  | | | |
| 病名 |  | | | |
| 現在の症状 |  | | | |
| 治療の予定 | 種類 | 手術　抗がん剤　放射線　経過観察　その他（　　　　　　　　） | | |
| 治療期間 | 3カ月以内　3～6か月　6か月以上　未定 | | |
| 通院頻度 | 週に複数回　週1回　2～3週間に1回　月1回  2～3か月に1回　4～6カ月に1回　1年に1回未満　未定 | | |
| 退院後／治療中の就業継続  の可否 | 可 （職務の健康への悪影響は見込まれない）  条件付きで可 （就業上の措置があれば可能）  現時点で不可 （療養の継続が望ましい） | | | |
| 業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと（望ましい就業上の措置 | 記入方法）本人及び会社との事前相談により、職場で対応可能な配慮事項  を記しています。主治医の立場で必要と思われる事項にチェックを付けてください。 | | | |
|  | | | |
| その他配慮事項 |  | | | |
| 上記の措置期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |

上記内容を確認しました。

　　　　　　年　　　　　月　　　　日　　　（本人署名）

**上記のとおり、治療と仕事の両立に必要な配慮について意見を提出します。**

　　　　　　年　　　　　月　　　　日　　　（主治医署名）

(注)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。

**両立支援プラン／職場復帰支援プラン   
（主治医の意見をもとに必要に応じて作成する）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 作成日 | 年　　　　　月　　　　日 | | | | |
| 従業員氏名 |  | | 生年月日 | | 性別 |
| 年　　月　　日 | | 男 女 |
| 所属 |  | | 従業員番号 | |  |
| 期間 | 勤務時間 | 就業上の措置・治療への配慮等 | | 治療等の予定 | |
| 年　　月  ～  　年　　月 | 時　　分  ～  時　　分  （休憩時間　　分） |  | |  | |
| 年　　月  ～  　年　　月 | 時　　分  ～  時　　分  （休憩時間　　分） |  | |  | |
| 年　　月  ～  　年　　月 | 時　　分  ～  時　　分  （休憩時間　　分） |  | |  | |
| 業務内容 |  | | | | |
| その他  就業上の  配慮事項 |  | | | | |
| 社内への  共有方法 |  | | | | |
| その他 |  | | | | |