

(様式1)

## 面談記録票

係	検印	検印

作成者			作成日	年 月 日	
面談目的	休職中の状況確認面談 ・ 職場復帰希望時面談				
面談日時	年 月 日 時 分 ～ 時 分				
面談場所				本人希望	有 ・ 無
面談相手 (どちらかに○)	本人	(氏名)			
	主治医	(病院名)		(医師名)	
面談対応者	メンタルヘルス推進担当者				
	産 業 医				
	所 属 長				
	復職支援担当者				

## 面談結果の概要

## 治療状況・病気の回復状況 (該当するものに○を付ける)

病 状	現在の治療状況	通院回数		__回/月		
	現在の症状	(具体的に)				
	今後の通院治療の要否	要 ( __回/月 )		否		
	業務遂行(自動車の運転含) に影響する症状・薬の副作用	有		無		
		〔「有」の時その概要〕				
業 務 遂 行 能 力	勤務可能な睡眠覚醒リズムの有無	有		無		
	昼間の眠けの有無	有		無		
	業務遂行に必要な注意力・集中力の程度(新聞・雑誌の見出しだけでなく中身が読める)	可	30分程度	1時間程度	2時間程度	不明
		否	不明			
	安全に通勤できるか？ (通勤時間帯の混雑時でも)	可		否		
	フルタイムの就労が可能か？	可		否		
	業務に類似した行為の状況と 疲労の回復具合	読書やパソコン操作が一定時間集中してできる？				可 ・ 否
軽度の運動ができる？				可 ・ 否		
「可」のとき疲労の回復にかかる時間				長 ・ 普通		

治療状況・病気の回復状況 続き (該当するものに○を付ける)				
今後の就業に関する本人の考え	希望する復帰先および職種	_____部		(職種)
	1日の勤務時間	_____時間以内	制限なし	不 明
		(制限がある場合、その理由)		
		(就業時間等の配慮を要する期間)		
		【 1ヵ月 ・ 2ヵ月 ・ 3ヵ月以上 ・ 不 明 】		
	時間外勤務	【 禁止 ・ 制限(1日 _____時間、1ヵ月 _____時間) ・ 制限なし ・ 不明 】		
		(時間外勤務制限を要する期間)		
		【 1ヵ月 ・ 2ヵ月 ・ 3ヵ月以上 ・ 不 明 】		
	交替勤務	【 禁止 ・ 制限(____勤務は不可) ・ 制限なし ・ 不明 】		
		(交替勤務制限を要する期間)		
		【 1ヵ月 ・ 2ヵ月 ・ 3ヵ月以上 ・ 不 明 】		
	休日勤務	【 禁止 ・ 制限(1ヵ月 _____日) ・ 制限なし ・ 不明 】		
		(休日勤務制限を要する期間)		
		【 1ヵ月 ・ 2ヵ月 ・ 3ヵ月以上 ・ 不 明 】		
	出張業務	【 禁止 ・ 制限( 県内 ・ 県外 ・ 宿泊 ) ・ 制限なし ・ 不明 】		
		(出張業務制限を要する期間)		
		【 1ヵ月 ・ 2ヵ月 ・ 3ヵ月以上 ・ 不 明 】		
	深夜業務	【 禁止 ・ 制限(午後 _____時から午前 _____時は不可) ・ 制限なし ・ 不明 】		
(業務制限を要する期間)				
【 1ヵ月 ・ 2ヵ月 ・ 3ヵ月以上 ・ 不 明 】				
復職支援担当者への意見	職場改善事項			
	勤務体制の変更			
	健康管理上の支援			
その他	食事・飲酒等の生活習慣	食欲	【 良 ・ 普通 ・ ない 】	
		飲酒	【 毎日 ・ ときどき ・ 飲まない 】	
	家事・育児・趣味活動の実施状況	家事	(どんな事を) 【 毎日 ・ ときどき ・ しない 】	
		育児	【 毎日 ・ ときどき ・ しない ・ 対象者ナシ 】	
		趣味活動	(どんな事を)	
			【 毎日 ・ ときどき ・ しない 】	
	その他留意事項	(具体的に)		