

(様式5)

年 月 日

株式会社三重県農協情報センター

産業医 ○○ ○○ 先生

病院（クリニック）

主治医

印

職場復帰支援に関する情報提供書

年 月 日付で依頼のあった「職場復帰支援に関する依頼」について、下記のとおり情報を提供します。

記

対象者		生年月日	年 月 日
-----	--	------	-------

治療状況・病気の回復状況について（該当するものに○をつけてください）			
今後の通院治療の要否	要（__回/月）		否
症状の概要	（具体的に）		
業務遂行（自動車の運転含）に影響する症状の有無	有	無	不明
（「有」の場合その概要）			
業務遂行（自動車の運転含）に影響する薬の副作用の有無	有	無	不明
（「有」の時その概要）			
その他職場復帰に関して考慮すべき問題点等			
業務遂行能力について（該当するものに○をつけてください）			
勤務可能な睡眠覚醒リズムの有無（午前8時～午後6時）	有	無	不明
昼間の眠気の有無（投薬によるものを含む）	有	無	不明
自動車、公共交通機関、徒歩（通勤方法選択）による安全な通勤の可否	可	否	不明
業務類似行為である読書やコンピュータ操作に係る一定時間の集中の可否	可 【30分程度・1時間程度・2時間程度、不明】		否 不明

業務遂行能力について 続き(該当するものに○をつけてください)					
ウォーキング等軽度の運動の可否	可		否		不明
職場復帰への意欲の有無	非常に強い	強い	普通	弱い	不明
その他の留意事項					

就業上の配慮すべき事項 (該当するものに○をつけてください)	
1 日の勤務時間	<div> <div>_____時間以内</div> <div>制限なし</div> <div>不明</div> </div>
(制限がある場合の理由)	
(配慮を行う必要がある場合、期間はどれくらいですか)	【 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 】
(配慮を行う必要がある場合、期間はどれくらいですか)	【 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 】
(配慮を行う必要がある場合、期間はどれくらいですか)	【 1ヵ月 ・ 2ヵ月 ・ 3ヵ月以上 ・ 不明 】
休日勤務	【 禁止 ・ 制限(____日/月までの範囲) ・ 制限なし ・ 不明 】
(配慮を行う必要がある場合、期間はどれくらいですか)	【 1ヵ月 ・ 2ヵ月 ・ 3ヵ月以上 ・ 不明 】
出張業務	【 禁止 ・ 制限(市内・県内は可 宿泊を伴う場合は不可) ・ 制限なし ・ 不明 】
(配慮を行う必要がある場合、期間はどれくらいですか)	【 1ヵ月 ・ 2ヵ月 ・ 3ヵ月以上 ・ 不明 】
深夜業務	【 禁止 ・ 制限(午後____時～午前____時は不可) ・ 制限なし ・ 不明 】
(配慮を行う必要がある場合、期間はどれくらいですか)	【 1ヵ月 ・ 2ヵ月 ・ 3ヵ月以上 ・ 不明 】
その他留意事項	

以上

係	検印	検印