

治療と仕事の両立支援のための「勤務情報提供書」作成へのご協力をお願い

当センターでは、「働き続けたい」という気持ちを持つ患者さん（従業員）が、治療と仕事の両立ができるように、厚生労働省の「事業場における治療と就業生活の両立支援のためのガイドライン」に基づき、職場・産業医等 - 患者さん（従業員） - 病院で、情報共有しながら支援していきたいと考えております。

つきましては、「勤務情報提供書」（事業場の書式でも可）を、患者さん（従業員）と職場・産業医等で一緒に作成し、患者さん（従業員）を經由してお知らせいただきますようお願い申し上げます。

※産業医等とは、産業医、産業保健師・看護師、総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者の方を中心に想定しております。

<問い合わせ先>

神奈川県立がんセンター がん相談支援センター
両立支援コーディネーター

〒241-8515 神奈川県横浜市旭区中尾 2-3-2

TEL：045-520-2271（平日：9：00-16：00）

FAX：045-520-2215

勤務情報提供書

従業員氏名	生年月日	年	月	日
勤務先				
職 種				
職務内容	(作業場所・作業内容) [] <input type="checkbox"/> 体を使う作業(重作業) <input type="checkbox"/> 体を使う作業(軽作業) <input type="checkbox"/> 長時間立位 <input type="checkbox"/> 暑熱場所での作業 <input type="checkbox"/> 寒冷場所での作業 <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 車の運転 <input type="checkbox"/> 機械の運転・操作 <input type="checkbox"/> 対人業務 <input type="checkbox"/> 遠隔地出張(国内) <input type="checkbox"/> 海外出張 <input type="checkbox"/> 単身赴任			
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非正規職員 期間の定めがある場合⇒期限(年 月まで) 契約更新の予定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
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:) (夜勤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (国内・海外出張の状況:)			
通勤方法 通勤時間	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座可能) <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座不可能) <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他() 通勤時間:()分			
利用可能な 制度	<input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇・病気休暇 <input type="checkbox"/> 時差出勤制度 <input type="checkbox"/> 短時間勤務制度 <input type="checkbox"/> 在宅勤務(テレワーク) <input type="checkbox"/> 試し出勤制度 <input type="checkbox"/> その他()			
治療中の休暇等	有給休暇の有無 <input type="checkbox"/> 有 ()日間 <input type="checkbox"/> 無 有給休暇の残 ()日間			
休業可能期間	年 月 日まで(日間) (給与支給 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し) <input type="checkbox"/> 傷病手当金申請(年 月 日申請)			
仕事環境	<input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋内外両方 エレベーター: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 休憩室: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 トイレ: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他()			
その他 主治医に確認したいこと				
上記内容を情報提供します。				
西暦 20 年 月 日 会社名 担当者				
上記内容を確認しました。				
西暦 20 年 月 日 本人署名				