1－1

平成○○年○○月○○日

株式会社◇◇◇◇
代表取締役　　様

休　職　申　請　書

所属　　部　　課

氏名　　印

下記の事由により、休職させていただきたく申請いたします。

記

1　休職（予定）期間
　平成　　年　　月　　日より平成　　年　　月　　日まで（　ヶ月間）

2　休職事由
　○○(疾病･傷病名)の治療と療養への専念

3　添付書類
(1) 主治医による診断書　１通
(2) 医療情報開示の同意書　１通

1－2

（休職発令前）面談結果記録票

記録作成日　　年　　月　　日　記載者（　　）

<table>
<tr><td rowspan="2">事業場</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">所属</td><td rowspan="2"></td><td>従業員番号</td><td>氏 名</td><td rowspan="2">男・女</td><td rowspan="2">年齢　　歳</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="8">面談日時 ：　　年　　月　　日　　時
同席者：家族（配偶者、親、子ども）、その他（　　）</td></tr>
<tr><td>本人の現在の状況</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>治療・通院状況</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>家族・主治医からの意見等</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>対応、感想など</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>今後の予定</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>次回面談予定</td><td colspan="7">年　　月　　日　　時　　面談予定者：</td></tr>
</table>

1－3

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

株式会社◇◇◇◇
代表取締役

面談・検査命令書

貴殿は、下記の事由により、通常の業務遂行に支障をきたしていると認められるため、当社が指定した下記の産業保健スタッフとの必要な面談・検査を平成○○年○○月○○日までに実施するよう通知します。

記

1　面談・検査等の事由
　例：平成○○年○○月○○日から平成○○年○○月○○日までの長期欠勤

2　担当産業保健スタッフ
　例：健康相談室　保健師　○○○○

1－4

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

株式会社◇◇◇◇
代表取締役

健診･健診､精密検査 受診命令書

貴殿は、業務外の傷病により万全の労務提供が期待できず、通常の業務遂行に対しても支障をきたしていると認められるため、就業規則第○○条に基づき、当社が指定した下記医師による健康診断・検診・精密検査を平成○○年○○月○○日までに実施するよう命じます。

なお、この受診命令に応じない場合には、就業規則第○条に基づき、懲戒処分を科す可能性があることを申し添えます。

記

1　受診の事由

2　指定する医師
例：産業医　○○○○
例：当社指定専門医　○○病院　精神科　○○○○

1－5

平成　　年　　月　　日

(休職発令前)医療情報提供依頼書

病院
クリニック　　先生　御机下

〒
株式会社◇◇◇◇
産業医　　印
電話番号

日頃より弊社の健康管理活動に御理解、御協力をいただきまして感謝申し上げます。

さて、弊社従業員からの休職の申し出に際し、下記の情報提供依頼事項について任意書式の文書により情報の御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、本人の休職の要否、職場復帰を支援する目的のみに使用し、プライバシーには十分配慮しながら産業医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　　年　　月　　日

2　情報提供依頼事項
(1) 発症から初診までの経過
(2) 治療経過
(3) 現在の状態（業務に影響を与える症状及び薬の副作用の可能性なども含めて）
(4) 今後の見通し
(5) 休職の要否
(6) 回復の見込みと回復までに要する期間
(7)

（本人記入）
私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成並びに産業医への提出について同意します。
年　　月　　日　　氏名　　印

1-5(その 2)

年　　月　　日

長期療養を開始する職員に関する情報提供依頼書

病院
クリニック　　先生　御机下

〒

印

電話　○－○－○

下記１の当省職員が長期療養を開始するに当たり、下記２の情報提供依頼事項について任意書式の文書により情報提供及びご意見をいただければと存じます。

下記３につきましては、療養中の職員の職場復帰に際しては、主治医である先生に職場復帰に関する意見書を記入していただくための参考情報でございますので、ご参照いただければ幸いに存じます。

なお、いただいた情報は、本人の職場復帰を支援する目的のみに使用するものであり、プライバシーには十分配慮しながら、健康管理医が責任を持って管理いたします。

今後とも、当省の健康管理活動へのご協力をよろしくお願い申し上げます。

記

１　職員

氏　　名：　○○　○○
生年月日：　　年　　月　　日

２　情報提供依頼事項

⑴　必要な療養期間の見込み
　ア　１か月　　イ　２か月　　ウ　３か月　　エ　その他（　　）　オ　未定

⑵　療養中の職員に、職場から定期的に連絡をとることの可否、可である場合のタイミング

３　参照情報

例⑴　職員が職場で必要とされる職務遂行能力の内容
　本省勤務（課長補佐、部下２名）
　○○制度の企画立案業務を担当。所属課の長たる職員を補佐しつつ、関係各府省や外部専門家との連絡調整、関連する法制度改正、必要な調査研究の実施に当たり、部下２名と連携しつつ対応。

例⑵　勤務条件制度等に関する情報
　勤務形態・勤務時間、療養開始時点での休暇の残余日数○日

例⑶　「試し出勤（復帰に向けた登庁訓練）」について
　当省では、長期療養中の職員で、主治医である先生、当省の健康管理医等により復職可能の時期が近いと判断された者のうち希望する者を対象に、主治医である先生のご了解を得た上で、職場復帰前に、元の職場などに一定期間継続して試験的に出勤を行う場合があります。

（本人記入）
私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成並びに健康管理医への提出について同意します。
年　　月　　日　　氏名　　印

以　　上

1－6

株式会社◇◇◇◇
代表取締役　　様

医療情報等提供･聴取に関する同意書

私は、貴社又は貴社の指定する医師が、私の主治医である○○病院○○科○○医師に対しまして、私自身に関する、初診以来今日に至るまでの間の並びに今後の診療記録、看護記録、カウンセリング記録、レセプト等の写しの提供と、私の病状につき直接聴き取り説明を受け、調査することに同意いたします。

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

1－7

平成　　年　　月　　日

株式会社○○○○
代表取締役　○○○○

（休職の要否･職場復帰にかかる）休職･職場復帰に関する判定委員会の報告書

株式会社○○○○
休職・職場復帰に関する判定委員会
委員長　　印

下記の従業員に対する（休職の要否・職場復帰）に関して、当委員会は次のとおり報告する。

1　従業員
氏 名 ○ ○ ○ ○ （男・女）
生年月日　　年　　月　　日

2　休職の要否
例：休職を要する。

3　意見等

1-8

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

休　職　命　令　書

株式会社◇◇◇◇
（総務部門長名）

貴殿からの業務外傷病に基づく休職の申請について、休職申請書及び主治医の診断書に基づき、当社産業医（指定専門医）の面接結果ならびに意見書等を踏まえて総合的に判断した結果、貴殿は就業規則第○条第○項に定める休職事由に該当することが認められるため、就業規則第○条第○項に基づき、休職を命じます。

記

1　休職期間
平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで

2　休職の事由
例：うつ病による労務不能のため

3　賃金等の取扱い
賃金規程第○条に基づき、休職期間中の賃金は無給とする。

4　留意事項
(1) 休職の目的
○○の治療及び療養専念の為（例:うつ病の治療及び療養への専念の為）
(2) 休職期間中の連絡について
休職期間中における当社との連絡窓口は人事部とする。
(3) 報告
休職期間○ヶ月ごとに主治医の診断書を添付したうえで、病状の変化・回復状況について報告を行うものとする。

5　復職の申請
就業規則第○条第○項に基づき、復職申請書に主治医から通常の業務に復職できる健康状態に服したことを証する旨の診断書を添付し、申し出るものとする。

6　退職
休職期間が満了しても休職事由が消滅しない場合は、就業規則第○条第○項に基づき、休職期間の満了をもって退職とする。

1-9 その1

平成　　年　　月　　日

休職する従業員に関する情報提供書

病院
クリニック　　先生　御机下

〒
株式会社◇◇◇◇
（総務部門長）　　印
電話番号

日頃より弊社の健康管理活動に御理解、御協力をいただきまして感謝申し上げます。

さて、弊社従業員への休職発令に際し、今後、円滑に職場への復帰ができるよう情報の提供を御依頼させていただく所存です。

つきましては、弊社における当該従業員の業務等に関する情報を下記のとおり、提供させていただきます。

今後とも弊社の健康管理活動への御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　　年　　月　　日

2　休職期間
平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで

3　弊社事業概要
別添のとおり

4　当該従業員の業務等
(1) 職位・職種

(2) 業務内容
※具体的な業務の内容や特徴を詳細に記載してください。
(3) 勤務時間

(4) 職場復帰支援体制・職場復帰の基準

(5) 休職及び復職制度

1-9（その2）

年　　月　　日

弊社社員の休職中の扱いと職場復帰に関する規程について

病院
クリニック　　先生　御机下

（事業所名）
（人事担当者・産業医）　　印
Tel：

いつもお世話になっております。日頃は弊社社員へのご加療、ご指導を頂きありがとうございます。
さて、下記従業員につきまして、先生のご診断を元に以下の措置を取りましたのでご連絡いたします。

従業員
氏　　名；　　（男・女）
生年月日；　　年　　月　　日（　　歳）
現在の職務；
措　置
・○年○月○日～　休職
・

職場復帰支援にあたり、以下の者より必要な範囲での診療情報のご提供をお願いすることがございますので、ご了承いただけますようお願い申し上げます。別紙の同意書（コピー）に本人の了解を得ております。
・弊社産業医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
・健診機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿、　　担当医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
※ 弊社は、休職・復職を含めて、メンタルヘルスに関する対応を健診機関○○○○に委託しております。

今後とも弊社の健康管理活動へのご理解、ご協力をよろしくお願い申し上げます。

■ 弊社の休職・職場復帰に関する規程（例）

休職の定義	医師による休職診断書が出た時点で休職の扱いとなります。 あるいは疾病による欠勤が○ヶ月続いた場合に、○ヶ月前の時点にさかのぼり、その時点から休職の扱いとなります。
休職中の待遇等	休職開始より○ヶ月までは、基本給および諸手当が会社より支給されます。 ○ヶ月目から○ヶ月までは、傷病手当金が支給されます。 休職期間が○ヶ月を超える場合は解雇の対象となります。
復職について	職場復帰が可能な状態となった場合には、主治医の職場復帰可能の診断書を本人から会社に提出する必要があります。
慣らし出勤	復帰後より最長○週間、半日出勤を行えます。 ○時○分～○時○分の間で、○時間以上の勤務をもって出勤とみなします。
復職可否の判定	主治医先生のご意見をもとに、産業医（、復職判定関係者）により復職可否の判定を行います。

1-10

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

休職申請･不承認通知書

株式会社◇◇◇◇
（総務部門長名）

貴殿からの業務外傷病に基づく休職の申請について、休職申請書及び主治医の診断書に基づき、当社産業医（指定専門医）の面接結果ならびに意見書等を踏まえて総合的に判断した結果、貴殿は就業規則第○条第○項に定める休職事由に該当するとは認められないことを通知します。

記

1　不承認の理由

2　留意事項
別添、指導・勧告書のとおり

1-11

平成　　年　　月　　日

健康上の留意事項に関する指導/勧告書

所属　　部　　課

（氏名）　　様

産業医（会社指定医）
（総務部門長）
電話番号

貴殿からの業務外傷病に基づく休職申請については、休職申請不承認通知書のとおり、休職事由としては認められません。

今後、勤務を継続する上における健康上の留意点等について、下記のとおり指導・勧告を行います。

なお、健康上の留意点に配慮していく上において、不明な点等があれば健康管理スタッフ等に相談してください。

1　指導・勧告事項

2-1

平成　　年　　月　　日

人事労務責任者

殿

休職状況報告書

所属　　部　　課

氏名　　印

就業規則第〇条の規定により、休職期間中の状況について下記のとおり報告いたします。

1　休職の原因（傷病名：　　）

2　休職期間

平成〇〇年〇〇月〇〇日から平成〇〇年〇〇月〇〇日まで

3　現在受診している病院・医師等について

病院・科名：

医師名：

4　傷病の経過と現在の状況について

5　職場復帰への見込み

6　添付書類

(1) 診断書

(2) 生活記録票

(3) セルフチェックリスト

2-2(その1)

生活記録表

(　　年　　月分)

所属　　部　　課

氏名　　印

日	曜日	時間		起床時の気分	日中の活動状況	自由記載欄	1日の振り返り
		起床	就寝				
1				☺ 😐 ☹			
2				☺ 😐 ☹			
3				☺ 😐 ☹			
4				☺ 😐 ☹			
5				☺ 😐 ☹			
6				☺ 😐 ☹			
7				☺ 😐 ☹			
8				☺ 😐 ☹			
9				☺ 😐 ☹			
10				☺ 😐 ☹			
11				☺ 😐 ☹			
12				☺ 😐 ☹			
13				☺ 😐 ☹			
14				☺ 😐 ☹			
15				☺ 😐 ☹			
16				☺ 😐 ☹			
17				☺ 😐 ☹			
18				☺ 😐 ☹			
19				☺ 😐 ☹			
20				☺ 😐 ☹			
21				☺ 😐 ☹			
22				☺ 😐 ☹			
23				☺ 😐 ☹			
24				☺ 😐 ☹			
25				☺ 😐 ☹			
26				☺ 😐 ☹			
27				☺ 😐 ☹			
28				☺ 😐 ☹			
29				☺ 😐 ☹			
30				☺ 😐 ☹			
31				☺ 😐 ☹			

資料5

生活記録表

従業員番号		氏名		日付	年　月　日 ～　月　日

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	気分	活動度	コメント
（月）																											
（火）																											
（水）																											
（木）																											
（金）																											
（土）																											
（日）																											

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	気分	活動度	コメント
（月）																											
（火）																											
（水）																											
（木）																											
（金）																											
（土）																											
（日）																											
記入例					食★		散歩 ↔		食★		昼寝			買物 ↔		TV	食★	TV		★					○	4	

※睡眠時間（色分け）、外出時間（矢印）、薬を飲んだ時間（★印）を記入する。それ以外はおおざっぱでもよい。

※活動度は1～7で記入。「1. 何もする意欲が無く、家で横になっていることが多い」「2. 家の中でゆっくりと安心してすごせる」「3. 簡単な家事など、家のことがふつうにできる」「4. 短時間の外出などができるが、疲れが翌日に残る」「5. 毎日、短時間の外出などができる」「6. 平日はどこかに通い、何とか課題に取り組める」「7. 平日はどこかに通い、集中して課題に取り組める」

2-2(その2)

日 常 生 活 の 記 録

所属:

氏名:

※睡眠状況○印 ： 1. 気持ちよい目覚め 2. 何とか起きた 3. 起きられなかった

	曜日	時間		※睡眠状況	今日のことを何か一言自由に記入	規則的に過ごせた:○・×
		起床時間	就寝時間			
1				1・ 2・ 3		
2				1・ 2・ 3		
3				1・ 2・ 3		
4				1・ 2・ 3		
5				1・ 2・ 3		
6				1・ 2・ 3		
7				1・ 2・ 3		
8				1・ 2・ 3		
9				1・ 2・ 3		
10				1・ 2・ 3		
11				1・ 2・ 3		
12				1・ 2・ 3		
13				1・ 2・ 3		
14				1・ 2・ 3		
15				1・ 2・ 3		
16				1・ 2・ 3		
17				1・ 2・ 3		
18				1・ 2・ 3		
19				1・ 2・ 3		
20				1・ 2・ 3		
21				1・ 2・ 3		
22				1・ 2・ 3		
23				1・ 2・ 3		
24				1・ 2・ 3		
25				1・ 2・ 3		
26				1・ 2・ 3		
27				1・ 2・ 3		
28				1・ 2・ 3		
29				1・ 2・ 3		
30				1・ 2・ 3		
31				1・ 2・ 3		

ご家族の方のご意見等ございましたら、自由に記入してください

〔　　〕

生 活 記 録 表

記入者氏名:(　　)

（記入例）

AM　　PM

12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

起床	朝食	図書館	昼食	散歩	夕食	就寝

（　　月　　日）

AM　　PM

12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

（　　月　　日）

AM　　PM

12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

（　　月　　日）

AM　　PM

12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

（　　月　　日）

AM　　PM

12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

（　　月　　日）

AM　　PM

12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

（　　月　　日）

AM　　PM

12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

（　　月　　日）

AM　　PM

12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

就労準備

生 活 記 録 表

曜日	記入例	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
日付	4月1日							
6:00 ～ 7:00								
7:00 ～ 8:00								
8:00 ～ 9:00								
9:00 ～ 10:00								
10:00 ～ 11:00								
11:00 ～ 12:00	図書館							
12:00 ～ 13:00								
13:00 ～ 14:00								
14:00 ～ 15:00								
15:00 ～ 16:00	外出(クリニック、買物)							
16:00 ～ 17:00								
17:00 ～ 18:00	夕食							
18:00 ～ 19:00								
19:00 ～ 20:00	テレビ							
20:00 ～ 21:00								
21:00 ～ 22:00	×							
22:00 ～ 23:00								
23:00 ～ 0:00								
0:00 ～ 1:00								
1:00 ～ 2:00								
2:00 ～ 3:00	×							
3:00 ～ 4:00								
4:00 ～ 5:00								
5:00 ～ 6:00								
夜間の覚醒回数	2							
起床時の気分	※							
一日の振り返り・気付き（体調の変化など）								

睡眠時間について

⇒眠っていた時間帯

⇒床に就いていたが目が覚めていた時間帯

⇕ ⇒眠気の強かった時間帯

× ⇒睡眠薬を服用した時間

※起床時の気分
1．かなりだるい/眠い
2．少しだるい/眠い
3．すっきりしている

※その他の服薬時間⇒☆

2−3

セルフチェックリスト

	チェック項目	内　容	はい・いいえ	1週内の頻度(回数)	具体的内容/程度/特記事項等
生活関係	快眠度	良く眠れなかった日がある	はい　いいえ		
	起床時刻	会社への所定出勤時刻より2時間遅く起きることがある	はい　いいえ		
	食生活	食事を抜く、食事時間が2時間ズレる	はい　いいえ		
	身なり	歯磨き、洗顔、洗髪など、身だしなみを清潔に保てない	はい　いいえ		
	読書、TV視聴時等の状態	集中力、理解力がない	はい　いいえ		
	外出	全く外出しない日がある	はい　いいえ		
	精神状態による日常生活上の支障	憂鬱、不安、イライラ、やる気のなさ等で日常生活に支障がある	はい　いいえ		
	身体状態による日常生活上の支障	倦怠感、頭痛、発熱、下痢、吐き気等で日常生活に支障がある	はい　いいえ		
人間関係	家族との関係	家族のサポートがない	はい　いいえ		
	他人との関係	近所、知人等から話しかけられたときに返事ができない、または自分から話しかけられない	はい　いいえ		
治療関係	主治医との関係	通院、質問、話し合いをしていない、理解の程度が低い	はい　いいえ		
	復職する業務の説明	会社での業務について主治医にきちんと説明できていない	はい　いいえ		
	薬の服用	主治医の許可を得ずに薬の服用をやめている	はい　いいえ		
復職関係	職場での人間関係	不安や葛藤がある	はい　いいえ		
	職場復帰への意欲	業務内容に関心がない、職場復帰への意欲がない	はい　いいえ		
	職場復帰への不安	職場復帰に不安がある、病状悪化の可能性がある	はい　いいえ		
	職務遂行の達成可否(半年程度の期間を想定)	受入部署が求める達成度合いを満たせない	はい　いいえ		
その他	自傷他害の可能性	自傷・他害の可能性がある	はい　いいえ		

1　はい・いいえ で表せない、その他頻度を数字で表せない場合等は備考欄に記入

2　本人が判断できないときは、家族や主治医と相談のうえ記入

3　このシートは職場復帰の可否判断や職場復帰段階の支援に利用するものなので、ありのままに記入のこと

休職期間中の主治医への意見聴取書 例

資料３

〇〇年〇月〇日

〇〇クリニック
〇〇　〇〇先生

〇〇株式会社　人事部

復職支援についてのお願い

平素より弊社従業員の健康管理に起きまして大変お世話になっております。
従業員の復職支援につきまして、「生活記録表」の記入について、先生のご意見をいただければと思います。

(1) 生活記録表の記入の目的

弊社では、長期休業者の復職において「フルタイム勤務ができる生活リズムを２週間程度維持できること」を基準に復職可否の判定を行っております。

具体的には、添付の「生活記録表」に、睡眠時間・外出時間などを記入していただき、「会社にいつも出社していた時間帯の起床と、午前９時～午後３時頃までの図書館などへの外出を、週に５日間×２週間程度、連続して行えるかどうか」を目安に判断を行っています。

(2) 生活記録表の記入に関する情報提供書の発行のお願い

先生には、現時点での治療状況などを評価していただき、生活記録表の記入開始のタイミングなどについて、添付の情報提供書（または任意の書式）にてご意見いただければと思います。なお、書類の発行費用は従業員の個人負担となります。

生活記録表の記入が時期尚早である場合には、記入開始のタイミングについて、本人にご指導くださるようお願いいたします。また、先生の施設にて同様の記録表を用いている場合には、そちらの書式を使っていただいても結構です。

今後とも、復職にむけたご指導・ご助言をよろしくお願いいたします。

（本人記入）
私は、本情報提供書に関する説明を受け、情報提供文書の作成および人事担当者への提出について同意いたします。

年　　月　　日　　氏名：　　印

〇〇株式会社　人事部　担当　鈴木

資料5

生活記録表

従業員番号		氏名		日付	年　月　日 ～　月　日

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	気分	活動度	コメント
（月）																											
（火）																											
（水）																											
（木）																											
（金）																											
（土）																											
（日）																											

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	気分	活動度	コメント
（月）																											
（火）																											
（水）																											
（木）																											
（金）																											
（土）																											
（日）																											

記入例					食★		散歩 ↔		食★		昼寝			買物 ↔		TV	食★	TV		★					○	4	

※睡眠時間（色分け）、外出時間（矢印）、薬を飲んだ時間（★印）を記入する。それ以外はおおざっぱでもよい。

※活動度は1～7で記入。「1. 何もする意欲が無く、家で横になっていることが多い」「2. 家の中でゆっくりと安心してすごせる」「3. 簡単な家事など、家のことがふつうにできる」「4. 短時間の外出などができるが、疲れが翌日に残る」「5. 毎日、短時間の外出などができる」「6. 平日はどこかに通い、何とか課題に取り組める」「7. 平日はどこかに通い、集中して課題に取り組める」

【休職期間中の主治医からの意見提供(回答)書 例】

資料４

復職支援に関する情報提供書（生活記録表）

患者氏名	（生年月日　　年　　月　　日）
診察日	年　　月　　日

生活記録表の記入に関する主治医の意見	
（　　）復職支援のため生活記録表をつけることについて、健康上、問題無いと思われます。 （　　）生活記録表の記入を開始するには、もう少し時間が必要と思われます。 適切なタイミングについては、今後、ご本人にお伝えします。 その他のコメント・留意点など：	
本書類の作成日	年　　月　　日
医療機関の所在地 医師の署名・捺印	

平成　　年　　月　　日

人事部長殿

部長：　　支店長：　　印

所属長：　　印

傷病による長期休業関係届（報告回数　　回）

□ 休業報告書　[提出日：　年　月　日]

□ 出勤報告書　[提出日：　年　月　日]

（休業期間が1ヶ月未満の場合）

□ 出勤許可申請書　[提出日：　年　月　日]

（休業期間が1ヶ月以上の場合）

※女子特別休暇・育児休業・介護休業は本取扱対象外となりますので、DISH社内書式フォームを参照の上、手続きしてください。

【記入要領】
①休業報告書…傷病等により7日以上休業する場合、診断書を添付してすみやかに人事部へ提出。引き続き1ヶ月以上休業となる場合、毎月末時点の状況を翌月10日までに「休業状況報告書　　」ならびに「診断書（病院所定）」を添えて人事部へ提出。
②出勤報告書…休業期間1ヶ月未満の場合は、当該書類を「出勤報告書」として、出勤開始予定日を記載の上、報告。
③出勤許可申請書…休業期間1ヶ月以上の場合は当該書類「出勤許可申請書」として、「復職診断書　　」「復職申請書兼上司意見書　　を添付し人事部に出勤予定日を申請し、人事部の許可を受けた上で出勤開始。

【休業報告書】

該当者		氏名　　（満　　才） 【氏名ｺｰﾄﾞ（6桁）：　　】	所属 所課コード	
休業原因		区　分：私傷病・業務災害・通勤災害 傷病名：		
休業期間	傷病特別休暇期間	開始：平成　年　月　日～終了：平成　年　月　日（合計　日）		
	年次有給休暇期間	開始：平成　年　月　日～終了：平成　年　月　日（合計　日）		
	欠勤期間	開始：平成　年　月　日～終了：平成　年　月　日（合計　日）		
	休職期間	開始：平成　年　月　日～終了：平成　年　月　日（合計　日）		
添付資料 ※必ず添付すること		□診断書（病院所定用紙／休業を証明する診断ならびに期間が記載されている内容とします。） □ 休業状況報告書　　（引き続き1ヶ月以上休業となる場合） □ その他（　　）		

【出勤報告書（欠勤期間1ヶ月未満）／出勤許可申請書（欠勤期間1ヶ月以上）】

出勤開始日 （出勤申請日）	平成　年　月　日　～ ※欠勤1ヶ月以上の場合は、産業医の出勤判定が必要なため、出勤申請日として記入
添付資料 ※必ず添付すること	□復職診断書　　（休業期間1ヶ月以上の場合必要） □復職申請書兼上司意見書　　（休業期間1ヶ月以上の場合必要） □ 診断書（上記休業報告で未提出診断書がある場合のみ添付）
備考	

人事部処理欄	受付担当	人事G		人事業務G		備考
		担当者	G長	担当者	G長	
						書類保管：人事グループ

療 養 経 過 報 告 書

記入日: 平成　　年　　月　　日

事業場	所属	個人番号	氏 名(ふりがな)	生年月日	年齢
文教 ・ 坂本 片淵 ・ 病院 附属学校			男 ・ 女		

医療の状況	1. 診 断 名　（　　） 2. 医療機関名　（　　） 3. 主治医氏名　（　　） 4. 現在、入院中ですか？　いいえ　はい（平成　年　月　日 ～ ） 5. 現在、定期的に通院していますか？　いいえ ・ はい（頻度:＿＿週間に＿＿回） 6. 服薬中のお薬があればお書き下さい
現在の状態	◆ 現在の体と心の状態を表すところに、それぞれ×印を記入して下さい。 体 ├──────┤ とても悪い　とても良い 心 ├──────┤

◆ 下の14項目について、今のあなたに当てはまるところに○をつけてください。

			できる	だいたいできる	どちらでもない	あまりできない	できない
病状の自己管理	1	自分の病状の変化に気づくことができる					
	2	自分の病状について分かっている					
	3	定期的に通院している					
	4	薬の必要性を理解できている					
	5	薬をきちんと飲んでいる					
	6	調子が悪くなったときに適切に対処できる					
	7	疲れたときに適切に休める					
安定した日常生活	1	ほぼ決まった時間に就寝・起床している					
	2	ぐっすり眠れている					
	3	食事を適切にとることができる(三食・バランス)					
	4	歯磨き・整容・清潔な衣服の着用ができる					
	5	金銭管理ができる					
	6	交通機関を適切に利用できる					
	7	趣味や楽しみがあり気分転換できる					

その他	◆ 不安なこと、聞きたいこと等あればご自由にお書き下さい。

※療養中は1ヶ月に1度、提出してください

平成　　年　　月　　日

人事部長殿

部長・統括支店長：　　印

休業状況報告書（平成　　年　　月末時点）

【記入要領】
引き続き休業期間が１ヶ月以上となる場合、休業者本人が毎月末時点の状況を下記に記入の上、「診断書※」を添えて所属長へ提出。但し、休業者本人が記入できない場合は、休業者の家族または所属長が代筆可。
所属長は当該書類「休業状況報告書」と「診断書※（病院所定）」と「傷病による長期休業届（休業報告書）　　を部長・　　経由で翌月１０日までに人事部へ提出。
※当該書類提出時以降の休業を証明する診断書が既に提出されている場合には、添付不要。

対象者氏名	（満　　才）	所属・役職	
氏名コード		休業開始日	平成　　年　　月　　日

【本人記入欄】	【療養先】 ＜自宅・実家・病院（入院）・その他（　　）＞…　　都道府県　　市区町村 【家族連絡先】 氏名　　続柄（　　）TEL　　－　　－ 【経　過】 ・現在の体調について ・主治医から指導されていること ・日常生活の過ごし方について ・復職時期の見込（分かる範囲で記入して下さい） ・その他 平成　　年　　月　　日 【氏名】　　印 （代筆者）　　印
【所属長記入欄】	【コメント】本人状況確認方法：書面／電話／面談 平成　　年　　月　　日 【所属長名】　　印

社員との連絡内容　記録票

No.

日　付	社員氏名(社員番号)	対応者氏名	連絡方法
年　月　日			電話 ・ メール 手紙
内容			
人事労務担当者への 申送り事項			
対応 (人事労務担当記入)			

2-9

（休職期間中）面談結果記録票

記録作成日　　年　　月　　日　記載者（　　）

<table>
<tr><td rowspan="2">事業場</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">所属</td><td rowspan="2"></td><td>従業員番号</td><td>氏 名</td><td rowspan="2">男・女</td><td rowspan="2">年齢　　歳</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="8">面談日時 ：　　年　　月　　日　　時
同席者：家族（配偶者、親、子ども）、その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">本人の現在の状況</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">治療・通院状況</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">家族・主治医からの意見等</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">対応、感想など</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">今後の予定</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">次回面談予定</td><td colspan="6">年　　月　　日　　時　　面談予定者：</td></tr>
</table>

状態確認表（　　回目）

記載者

所　　属		社員No.		氏　　名	
面談日時					
出 席 者					

復職希望者の状態等についての確認

治療状況、病状の回復状況について

- 今後の通院スケジュール
- 治療状況についての概要
- 業務遂行に影響を及ぼす症状や薬の副作用の有無
- 休業中の生活状況
- その他職場復帰に関して考慮すべき問題点

業務遂行能力について

- 適切な睡眠覚醒リズムの有無
- 昼間の眠気の有無
- 注意力・集中力の程度
- 安全な通勤の可否
- 読書やコンピュータ作業、軽度の運動等の実施と作業による疲労の回復具合
- その他ホームワーク等の遂行状況など

今後の就業について

- 希望する復帰先
- 希望する業務の配慮の内容や期間
- 職場の問題点の改善や勤務体制の変更、健康管理上の支援方法に関する希望

家族からの情報について（必要に応じて）

- 家庭での状態（病状改善の程度、食事、睡眠、飲酒等の生活習慣など）

職場環境の評価

業務および職場との適合性

- 業務と復職希望者の能力および意欲・関心との適合性
- 職場の人間関係など

作業管理、作業環境管理に関する評価

- 業務量（作業時間、作業密度など）や質（要求度、困難度など）等の作業管理の状況
- 作業環境の維持・管理の状況
- 時期的な変動や不測の事態に対する対応の状況

職場側による支援準備状況

- 復職者を支える職場の雰囲気やメンタルヘルスに関する理解の程度
- 実施可能な業務上の配慮（業務内容や業務量の変更、就業制限等）
- 実施可能な人事労務管理上の配慮（配置転換・異動、勤務制度の変更等）

その他

職場復帰に当たって必要と思われる事項

職場復帰の阻害要員となりうる問題点（治療、本人の特性、家族の支援状況など）

支援策

3-1

(職場復帰前)面談結果記録票

記録作成日　　年　　月　　日　記載者（　　）

<table>
<tr><td rowspan="2">事業場</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">所属</td><td rowspan="2"></td><td>従業員番号</td><td>氏 名</td><td rowspan="2">男・女</td><td rowspan="2">年齢　　歳</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="8">面談日時 ：　　年　　月　　日　　時
同席者：家族（配偶者、親、子ども）、その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">本人の現在の状況</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">治療・通院状況</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">家族・主治医からの意見等</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">対応、感想など</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">今後の予定</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">次回面談予定</td><td colspan="6">年　　月　　日　　時　　面談予定者：</td></tr>
</table>

職場復帰支援に関する面談記録票

記録作成日　　年　　月　　日　　記載者（　　）

事業場		所属		従業員番号	氏　名	男・女	年齢　　歳

面談日時：　　年　　月　　日　　時 出席者：　管理監督者（　　）　人事労務担当者（　　） 産業医（　　）（統括責任者◎） 産業保健スタッフ（　　）　他（　　）	
これまでの経過のまとめ	
主治医による意見	医療機関名：　　主治医：　　連絡先： 治療状況等 業務配慮についての意見：
現状の評価・問題点	・本人の状態 ・職場環境 ・その他
職場復帰支援プラン作成のための検討事項（復職時及びそれ以降の予定も含めて）	・職場復帰予定日：　　年　　月　　日 ・管理監督者による業務上の配慮 ・人事労務管理上の対応事項 ・産業医意見 ・フォローアップ ・その他
職場復帰の可否	可・不可（理由：　　）
次回面談予定	年　　月　　日　　時　　面談予定者：

3-3(その 1)

平成○○年○○月○○日

株式会社◇◇◇◇
代表取締役　　様

職 場 復 帰 申 請 書

所属　　部　　課

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

このたび、私は、休職前に行っていた通常業務の遂行に支障がなくなった程度に復調したため、職場復帰を申請いたします。

記

1　現在の体調

2　職場復帰に関しての希望

3　添付書類
(1) 主治医による診断書　1通
(2) 医療情報開示の同意書　1通

職 場 復 帰 願

平成　　年　　月　　日

事業者　　殿

このたび、私は職場復帰を希望しますので、診断書を添えて復帰願を提出いたします。その際、主治医立会いの上での職場復帰支援のための面談や職場復帰に必要な範囲での主治医からの私の個人情報を提供することに同意いたします。

氏名

住所

本人記入欄	生年月日		入社年月日		所属	
	休業前の職務内容		本人の体調	**現在の体調**（良い・まあ良い・少し悪い・悪い） **復帰に関する希望** ※職場や仕事内容について特記事項があれば **復帰時期の希望**　いつ頃から（　　） その他の意見（　　）		

平成　　年　　月　　日

人事部長殿

部長・統括支店長：　　印

復職申請書　兼　上司意見書

【記入要領】
休業期間1ヶ月以上後の復職の場合は、休業者が以下の「復職申請書兼上司意見書（当該書類）」の本人記入欄に記入の上、「復職診断書【書式③】」を添えて所属長へ提出。
所属長は「復職　　上司意見書（当該書類）」「復職診断書【書式③】」と「傷病による長期休業届（出勤許可申請書）【書式①】」を部長・統括支店長経由で人事G長へ提出。

【本人記入欄】　　申請書作成日　平成　　年　　月　　日

復職申請者	（満　　才）	所属・役職	
氏名コード		休業開始日	平成　　年　　月　　日
申請理由 （復職希望日） （回復状況）	平成　　年　　月　　日 休業前の平常時における勤務状況を100％としたときの現在の回復状況　　％		

【上司記入欄】

【所属長意見】 面談時の様子等	面談日　平成　　年　　月　　日　　時　　分～　　時　　分
職場環境等	＊業務と当該社員の能力及び意欲・関心との適合性 【□あり　□なし　□その他】 （　　） ＊職場の人間関係など 【□問題あり　□問題なし　□その他】 （　　） ＊復職者を支える職場の雰囲気やメンタルヘルスに関する理解の程度 【□ある　□ない　□その他 （　　） 平成　　年　　月　　日 【所属長名】　　印
【部長･統括支店長意見】 （面談時の様子等）	※メンタル系疾患者の復職の場合、必ず部長･統括支店長も面談実施願います。 （面談日　平成　　年　　月　　日　　時　　分～　　時　　分） 平成　　年　　月　　日 【部長･統括支店長名】　　印

3-4(その1)

平成　　年　　月　　日

(職場復帰前)医療情報提供依頼書

病院
クリニック　　先生　御机下

〒
株式会社◇◇◇◇
産業医　　印
電話番号

日頃より弊社の健康管理活動に御理解、御協力をいただきまして感謝申し上げます。

さて、弊社従業員の休職期間中の療養状況等の確認のため、下記の情報提供依頼事項について任意書式の文書により情報の御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、本人の職場復帰を支援する目的のみに使用し、プライバシーには十分配慮しながら産業医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　　年　　月　　日

2　情報提供依頼事項
(1) 発症前後の状況
(2) 治療の経過
(3) 最近の日常生活の様子
(4) 現在の治療状況
(5) 残存している症状等
(6) 職場復帰に際しての注意事項
(7) 同じ職場の者が本人への対応で配慮すべき事項

(本人記入)

私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成並びに産業医への提出について同意します。

年　　月　　日　　氏名　　印

3-4(その2)

(職場復帰前)医療情報提供依頼書

病院　　科

主治医先生

○○○株式会社　　※産業医

当社社員の復職判断、職場復帰に際し、下記２の情報提供依頼事項について情報提供及びご意見をいただきたいので宜しくお願い申し上げます。記入欄が不足の場合は、別紙にご記入ください。

なお、いただいた情報は、本人の復職判断、職場復帰を支援する目的にのみに使用され、プライバシーには十分配慮しながら産業医が責任を持って管理いたします。

今後とも当社の健康管理活動へのご理解ご協力を宜しくお願い申しあげます。

記

１　社員

氏名　○○○○　（男・女）

生年月日　　年　　月　　日

２　情報提供依頼事項

（１）発症から初診までの経過

（２）処方内容、治療経過

（３）現在の状態、症状（業務に影響を与える症状および薬の副作用の可能性なども含めて）

□治癒した

□経過観察を要する

□通院が必要である（月　　回程度）

□その他　（　　）

（４）勤務管理（業務に影響を与える症状および薬の副作用の可能性なども含めて）

□通常勤務可能である

□勤務制限を要する

＜□時間外勤務の制限、□休日勤務の制限、□出張の制限、□その他：＞

□就業時間の短縮を要する＜□遅刻・早退、□半日勤務、□その他：

□職務の配置転換を要する　　（具体的に：　　）

□就業させないことが望ましい（　　年　　月まで）

（５）その他 就業上の配慮に関する留意点

（本人記入）

私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成ならびに産業医への提出について同意します。

年　　月　　日　　氏名

※産業医がいない場合又は産業医が精神科などの専門医でない場合は会社指定医になる。

年　　月　　日

職場復帰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

○○株式会社　　○○事業場
産業医　　印
Tel ○○○－○○○－○○○

下記１の弊社従業員の職場復帰支援に際し、下記２の情報提供依頼事項について任意書式の文書により情報提供及びご意見をいただければと存じます。

なお、いただいた情報は、本人の職場復帰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医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　　年　　月　　日

２　情報提供依頼事項
（１）発症から初診までの経過
（２）治療経過
（３）現在の状態（業務に影響を与える症状および薬の副作用の可能性なども含めて）
（４）就業上の配慮に関するご意見（症状の再燃・再発防止の為に必要な注意事項など）
（５）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（６）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（７）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（本人記入）
私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成ならびに産業医への提出について同意します。

年　　月　　日　　氏名　　印

※産業医以外が本様式を使用する場合には、該当部分を適宜修正すること。

3-4(その 4)

資料 6

〇〇年〇月〇日

〇〇クリニック
〇〇　〇〇先生

〇〇株式会社　人事部

復職時の配慮事項についての情報提供のお願い

平素より弊社従業員の健康管理におきまして大変お世話になっております。社員の復職支援につきまして、添付の書面あるいは任意の書式により、復職に関する情報提供及びご意見をいただければと存じます。なお、書類の発行費用はご本人の個人負担となります。

なお、いただいた情報はご本人の職場復帰支援の目的のみに使用し、プライバシーには十分配慮しながら管理いたします。

ひきつづき、復職にむけたご指導・ご助言をよろしくお願いいたします。

（本人記入）
私は、本情報提供書に関する説明を受け、情報提供文書の作成および人事担当者への提出について同意いたします。

年　　月　　日　　氏名：　　印

病院　　年　　月　　日
クリニック　　先生　御机下

職場復帰支援に関する情報提供依頼書

（会社名）
（産業医名）　　印
Tel: 03-××-××

弊社従業員の職場復帰支援に際し、下記情報提供依頼事項について任意書式の文書により、情報提供及びご意見をいただければと存じます。なお、いただいた情報は、本人の職場復帰を支援する目的のみに使用され、プライバシーには十分な配慮しながら産業医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:　　年　　月　　日

2.　情報提供依頼事項

①　発症から初診までの経過

②　治療経過

③　現在の状態(業務に影響を与える症状及び薬の副作用の可能性なども含めて)

④　就業上の配慮に関するご意見

A)　時間外勤務　（禁止・制限　　H)

B)　休日勤務　　（禁止・制限　　H)

C)　出張　　（禁止・制限）

D)　交代制勤務　（禁止・制限）

E)　深夜勤務　　（禁止・制限）

F)　就業時間短縮　時間数と期間（　　H/1 日・期間　　）

※当社では、職場復帰の条件として「所定労働時間勤務可能であること」としており、ここでの就業時間短縮とは、所定労働時間勤務可能という前提の下、主治医の判断により、職場復帰に際して一定期間就業時間短縮が必要な場合、とします。

G)　配置転換・異動の必要性とその理由

H)　作業転換の必要性とその理由

※当社では、職場復帰の条件として「まずは元の職場への復帰」を原則としており、元の慣れた職場で、ある程度のペースがつかめるまで業務負担を軽減しながら経過観察することを想定していますが、異動等を誘因として発症したケースにおいては、考慮することとします。

I)　復職までに在宅でリハビリが必要な場合はその内容

J)　その他配慮が必要な事項

K)　今後の見通し

（本人記入）
私は、本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成ならびに産業医への提供について同意します。
年　　月　　日　　氏名:　　印

3-5

平成　　年　　月　　日

株式会社○○○○
代表取締役　○○○○

（休職の短縮･延長の要否にかかる）休職･職場復帰に関する判定委員会の報告書

株式会社○○○○
休職・職場復帰に関する判定委員会
委員長　　印

下記の従業員に対する、休職の（短縮・延長）の要否に関して、当委員会は次のとおり（報告・勧告）する。

1　従業員
氏 名 ○ ○ ○ ○ （男・女）
生年月日　　年　　月　　日

2　休職期間の短縮・延長の要否
例：休職期間を延長する。

3　意見等

3-6

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

休職延長命令書

株式会社◇◇◇◇
（総務部門長名）

業務外の傷病により、平成○○年○○月○○日付休職命令書に基づき、平成○○年○○月○○日から休職を命じていますが、主治医からの意見及び療養状況等を審査した結果、就業規則第○条第○項に基づき、休職期間の延長を命じます。

記

1　延長する休職期間
　平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで

2　延長の理由
　例：生活記録票及び面談結果からうつ病による労務不能の状態が続いているため

3　延長に伴う休職期間中の労働条件の変更等について
　例：休職命令書のとおり

3-7

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

職場復帰命令書

株式会社◇◇◇◇
（総務部門長名）

業務外の傷病により、平成○○年○○月○○日付休職命令書に基づき、平成○○年○○月○○日から休職を命じていますが、主治医からの意見及び療養状況等を審査した結果、就業規則第○条第○項に基づき、下記のとおり職場復帰を命じます。

記

1　職場復帰年月日
　平成　　年　　月　　日

2　復帰すべき職場
　例：休職前に所属していた元の職場

3　労働条件の変更等

4-1

平成○○年○○月○○日

株式会社◇◇◇◇
代表取締役　　様

試し出勤実施申請書

所属　　部　　課

氏名　　印

このたび、私は、職場復帰に際して、試し出勤制度に関する規程第○条第○項に基づき、下記のとおり試し出勤の実施をさせていただきたく申請いたします。

記

1　実施希望期間
平成○○年○○月○○日から平成○○年○○月○○日まで

2　試し出勤を希望する理由

3　添付書類
(1) 主治医による診断書　1通
(2) 医療情報開示の同意書　1通
(3) 家族等の同意書　1通

4-1・2(その 2)

試し出勤実施申請書ならびに同意書

平成　　年　　月　　日

人事課長　　様

このたび、私は試し出勤実施要領の規定に基づき、下記のとおり試し出勤の実施を希望しますので、家族の同意書と併せて申請書を提出いたします。

所属

氏名　　印

家族氏名　　印

(社員との続柄)

記

実施希望期間　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで

所属職場以外を希望する場合は、希望職場と理由

希望職場

理由：

以上

(留意事項)

試し出勤実施要領

1　実施社員は、就業規則に定めがあるものを除くほか、いかなる給与も支給されない。

2　実施社員は、試し出勤実施期間中において災害にあった場合においては、勤務とは認められないために、労働災害補償法による補償を受けることができない。

4-2

平成○○年○○月○○日

株式会社◇◇◇◇
代表取締役　　様

同意書

所属　　部　　課

社員氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

家族氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（社員との続柄　　）

私は、（社員氏名）の家族として、職場復帰の可否判断を目的とする試し出勤の実施に同意します。

4-3(その 1)

平成○○年○○月○○日

株式会社◇◇◇◇
代表取締役　　様

リハビリ勤務実施申請書

所属　　部　　課

氏名　　印

このたび、私は、職場復帰に際して、リハビリ勤務制度に関する規程第○条第○項に基づき、下記のとおりリハビリ勤務の実施をさせていただきたく申請いたします。

記

1　実施希望期間
平成○○年○○月○○日から平成○○年○○月○○日まで

2　リハビリ勤務を希望する理由

3　添付書類
(1) 主治医による診断書　1通
(2) 医療情報開示の同意書　1通
(3) 家族等の同意書　1通

4-3(その 2)

リハビリ勤務（申出･変更)申請書

人事労務責任者　　○ ○　○ ○　様

平成　　年　　月　　日
所　属
氏　名　　(印)

私はこの度、「リハビリ勤務規程」に基づき、下記のとおりリハビリ勤務(申出･変更)の申請をいたしたく、宜しくお願い申しあげます。

記

１．　開始希望日(変更の場合は変更希望日)
　　平成　　年　　月　　日

２．　終了希望日(変更の場合は変更希望日)
　　平成　　年　　月　　日
　　(但し、変更の場合は当初開始日から６か月以内を上限とする)

３．　希望する申請内容(変更後の内容)
　１）時間外労働の制限　(禁止 / 制限-　　時間)
　２）休日労働の制限　　(禁止 / 制限-　　日)
　３）深夜労働の制限　　(禁止 / 制限-　　時間)
　４）(所定)労働時間の短縮　(　　時から　　時まで)
　５）出勤日の制限　(　　日)
　６）出張の制限　(禁止 / 制限-　　回･日まで)
　７）配置転換･異動　(具体的留意事項　　)
　８）その他　(具体的留意事項　　)

４．添付書類
　１）主治医による診断書　１通
　２）医療情報開示の同意書　１通

以　　上

4-4

平成○○年○○月○○日

株式会社◇◇◇◇
代表取締役　　様

同意書

所属　　部　　課

社員氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

家族氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（社員との続柄　　）

私は、（社員氏名）の家族として、職場復帰の可否判断を目的とするリハビリ勤務の実施に同意します。

5-1

職場復帰支援に関する情報提供書（復職診断書）

下記の弊社従業員の職場復帰支援に際し、下記の内容についての情報提供及びご意見をお願いします。

事業場　　所属　　従業員氏名

（主治医記入） 患者氏名：　　生年月日：　　年　　月　　日（男・女）
診断書病名または状態：
現在の状態（業務に影響を与える可能性など）、回復の程度：
治療経過：
治療継続の必要性、今後の見通しなど：
就業の可否：　(1)　可　(2)　条件付き可　(3)　否
＊ 上記において（2）条件付き可の場合、就業の条件： （1）就業時間　（　　）　（2）業務内容　（　　） （3）業務上の車両運転・機械運転の可否　（4）その他　（　　） ※ 短縮勤務などに対応できない場合は、その旨を注意書きしておくとよいでしょう。 ＊ 就業上の配慮に関するご意見（症状の再燃・再発防止のために必要な注意書きなど）：
上記の通り情報を提供いたします。 年　　月　　日　　医療機関所在地 医療機関名 主治医名　　印

復職支援に関する情報提供書（復職時の配慮事項）

患者氏名	（生年月日　　年　　月　　日）
直近の診察日	年　　月　　日

現在の健康状態、治療経過など
就業に関する主治医の意見
（　　）就業は困難と思われます。 （　　）以下のような配慮があれば就業は可能と思われます。 （　　）通常どおりの就業が可能と思われます。 （　　）段階的な職場復帰　　（　　）作業内容の調整 （　　）勤務時間の調整　　（　　）作業環境の調整 配慮事項に関するコメント・留意点など：

上記の措置期間（目安）	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
本書類の作成日	年　　月　　日
医療機関の所在地 医師の署名・捺印	

復　職　診　断　書

ふりがな 氏　名		男・女	生年月日(西暦)　　年　月　日
傷病名			発病年月日(西暦)　　年　月　日

治療内容及び経過の概要

(通院・入院・自宅療養)(西暦)　年　月　日 ～　年　月　日
(通院・入院・自宅療養)(西暦)　年　月　日 ～　年　月　日
(通院・入院・自宅療養)(西暦)　年　月　日 ～　年　月　日

現在の治療内容	業務上(勤務時間・自動車運転・出張　等)配慮を要すること

以上の通り、(西暦)　年　月　日より復職可能です

診断日(西暦)　年　月　日　医療機関名

住　所

電　話(　　)　―

医　師　　印

＜産業医判定＞

1．(西暦)　年　月　日復職可

2．復職否

コメント

別紙職場復帰支援に関する
措置意見書(あり・なし)

判定日(西暦)　年　月　日

産業医　　印

復 職 診 断 書

氏　名	
生年月日　　年　　月　　日（　　歳）	性別　男 ・ 女
初診年月日　　年　　月　　日 治療機関　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 上記のうち入院期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日	
診断名・状態など	
復職可否のご意見	
疾病状況について　（今後の治療継続の必要性、業務に影響を与える症状、薬の副作用等の可能性など）	
就業上の配慮に関するご意見　（症状の再燃・再発防止のために必要な注意事項など） A)時間外勤務　（禁止 ・ 制限　　H） B)休日勤務　（禁止 ・ 制限　　H） C)出張　（禁止 ・ 制限） D)交代制勤務　（禁止・制限）　、　E)深夜勤務　（禁止・制限） F)就業時間短縮　時間数と期間　（　　H/1 日・期間　　） G)配置転換・異動の必要性とその理由 H)作業転換の必要性とその理由 I)復職までに在宅でリハビリが必要な場合 J)その他配慮が必要な事項 K)今後の見通し	

上記の通り診断する。

年　　月　　日

〔医療機関名〕

〔所在地・電話番号〕

5-2

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

株式会社◇◇◇◇
代表取締役

面談･検査命令書

貴殿は、下記の事由により、職場復帰の可否判断に関する情報を得る必要があると認められるため、当社が指定した下記の産業保健スタッフとの必要な面談・検査を平成○○年○○月○○日までに実施するよう通知します。

記

1　面談・検査等の事由
　例：診断内容等に関して疑義が生じているため

2　担当産業保健スタッフ
　例：健康相談室　保健師　○○○○

5-3

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

株式会社◇◇◇◇
代表取締役

健診･検診､精密検査 受診命令書

貴殿の職場復帰の可否判断に際し、十分な情報を得るため、当社が指定した医師による健康診断・検診・精密検査を平成○○年○○月○○日までに実施するよう命じます。

なお、この受診命令に応じない場合には、就業規則第○条に基づき、懲戒処分を科す可能性があることを申し添えます。

記

1　受診の事由

2　指定する医師
例：産業医　○○○○
例：当社指定専門医　○○病院　精神科　○○○○

5-4

平成　　年　　月　　日

株式会社○○○○
代表取締役　○○○○

（試し出勤･リハビリ勤務）の許可･不許可に関する判定委員会の（報告･勧告）書

株式会社○○○○
休職・職場復帰に関する判定委員会
委員長　　印

下記の従業員に対する （試し出勤･リハビリ勤務）の実施に関して、当委員会は次のとおり報告する。

1　従業員
氏 名 ○ ○ ○ ○ （男・女）
生年月日　　年　　月　　日

2　試し出勤・リハビリ勤務の実施の可否
例：試し出勤の実施を許可する。

3　意見等

5-5

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

試し出勤許可書

株式会社◇◇◇◇
（総務部門長名）

貴殿からの職場復帰に際しての試し出勤実施の申請について、試し出勤実施申請書及び主治医の診断書に基づき、当社産業医（指定専門医）の面接結果ならびに意見書等を踏まえて総合的に判断した結果、試し出勤制度に関する規程第○条第○項に基づき、試し出勤の実施を許可します。

記

1　試し出勤期間
平成○○年○○月○○日から平成○○年○○月○○日まで

2　試し出勤期間中の労働条件
「試し出勤制度に関する規程」に定めるとおりとする。

3　留意事項

4　添付書類
(1) 職場実施支援プラン（試し出勤期間用）

試し出勤実施決定通知書

平成　　年　　月　　日

所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

人事責任者＿＿＿＿＿＿＿＿印

このたび、試し出勤実施領の規定に基づき、下記のとおり試し出勤の実施を決定したので、通知します。

記

実施期間　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで

※ 例えば ○○年◇◇月☆☆日から　○○年◇◇月△△日までは 4 時間勤務
○○年◇◇月△△日から　○○年◇◇月××日までは 6 時間勤務
など

実施職場

その他の条件

以上

5-6

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

リハビリ勤務許可書

株式会社◇◇◇◇
（総務部門長名）

貴殿からの職場復帰に際してのリハビリ勤務実施の申請について、リハビリ勤務実施申請書及び主治医の診断書に基づき、当社産業医（指定専門医）の面接結果ならびに意見書等を踏まえて総合的に判断した結果、リハビリ勤務制度に関する規程第○条第○項に基づき、リハビリ勤務の実施を許可します。

記

1　リハビリ勤務期間
平成○○年○○月○○日から平成○○年○○月○○日まで

2　リハビリ勤務期間中の労働条件
「リハビリ勤務制度に関する規程」に定めるとおりとする。

3　留意事項

4　添付書類
(1) 職場実施支援プラン（リハビリ勤務期間用）

5-7

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

試し出勤不許可通知書

株式会社◇◇◇◇
（総務部門長名）

貴殿からの職場復帰に際しての試し出勤実施の申請について、試し出勤実施申請書及び主治医の診断書に基づき、当社産業医（指定専門医）の面接結果ならびに意見書等を踏まえて総合的に判断した結果、貴殿に対する試し出勤の実施は許可できないことを通知します。

記

1　不許可の理由

2　留意事項
　別添、指導・勧告書のとおり

5-8

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

リハビリ勤務不許可通知書

株式会社◇◇◇◇
（総務部門長名）

貴殿からの職場復帰に際してのリハビリ勤務実施の申請について、リハビリ勤務実施申請書及び主治医の診断書に基づき、当社産業医（指定専門医）の面接結果ならびに意見書等を踏まえて総合的に判断した結果、貴殿に対するリハビリ勤務の実施は許可できないことを通知します。

記

1　不許可の理由

2　留意事項
　別添、指導・勧告書のとおり

5-9

平成　　年　　月　　日

健康上の留意事項に関する指導･勧告書

所属　　部　　課

（氏名）　　様

産業医（会社指定医）
（総務部門長）
電話番号

貴殿からの職場復帰に際しての（試し出勤・リハビリ勤務）実施については、（試し出勤・リハビリ勤務）不許可通知書のとおり、認められません。

今後の健康上の留意点等について、下記のとおり指導・勧告を行います。

なお、健康上の留意点に配慮していく上において、不明な点等があれば健康管理スタッフ等に相談してください。

1　指導・勧告事項

5-10

平成　　年　　月　　日

（試し出勤･リハビリ勤務）が不許可となった従業員に関する情報提供書

病院
クリニック　　先生　御机下

〒
株式会社◇◇◇◇
産業医　　印
電話番号

日頃より弊社の健康管理活動に御理解、御協力をいただきまして感謝申し上げます。
さて、弊社従業員の（試し出勤・リハビリ勤務）については、下記の理由により不許可となりましたので、情報を提供させていただきます。
今後とも弊社の健康管理活動への御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　　年　　月　　日

2　不許可の理由等について
別添のとおり

6-1

職場復帰支援(a)プラン

作成日：　　年　　月　　日

所属	氏名	性別	年齢	区分
		男・女	歳	新規・変更・解除
（試し出勤・リハビリ出勤）開始日		年　　月　　日		
（試し出勤・リハビリ出勤）終了予定日		年　　月　　日		
（試し出勤・リハビリ出勤）実施場所				

【（試し出勤・リハビリ出勤）期間中の作業内容等及び量】

【目標の設定】

（試し出勤・リハビリ出勤）する曜日：

始業時刻：

就業時刻：

在職時間：

【（試し出勤・リハビリ出勤）期間中の必要な配慮】

【サポート態勢の内容・方法と遵守事項】

【（試し出勤・リハビリ出勤）期間中の労働条件】

【その他の必要事項】

職場復帰支援プラン(a･b 通算) サンプル

復職プラン記入用紙

従業員		所属部門	
従業員番号		所属事業所	
年齢・性別		入社	年　　月

本計画書の作成者	
人事担当者	
管理監督者	

これまでの休業歴
#1.　　年　　月～　　年　　月まで、○ヶ月間（○○病）
#2.　　年　　月～　　現在まで、○ヶ月間（○○病）

復職支援プラン		
期間	就業制限	具体的な業務内容
試し出勤 1～X 週目		
試し出勤 X 週目		
復職 1 ヶ月目		
復職 2 ヶ月目		
復職 3 ヶ月目		
復職 4 ヶ月目		
復職 5 ヶ月目		
復職 6 ヶ月目		
それ以降		

その他の配慮事項

復職判定会議					
開催日	年　　月　　日		復職	可 ・ 不可 ・ 再検討	
出勤開始日	年　　月　　日		次回面談日	年　　月　　日	
管理監督者　　印	人事担当者　　印		人事部長　　印		

リハビリ出勤計画書

作成日：
記載者：

所　　属		社員No.		氏　　名	
計　画　立　案　者					

リハビリ出勤基準

- □ 職場復帰に対しての十分な意欲があること
- □ 通勤時間帯に１人で安全に通勤が出来ること
- □ 読書、コンピュータ作業、軽度の運動等をこなすことが出来ること
- □ 疲労が翌日までに十分回復していること
- □ 適切な睡眠覚醒リズムが整っていること
- □ 昼間の眠気がないこと
- □ 注意力、集中力が回復してきていること

リハビリ出勤について

●下記を目安にリハビリ出勤の計画を立てる。

	第一段階	第二段階	第三段階（職場復帰）
出勤時間	２日／週　２時間／日	４日／週　４時間／日	全日
期間	１～２週間	２～４週間	
職務制	なし	なし（給与あり）	あり

- ● リハビリ出勤期間は１ヶ月以内とする。
- ● 職場復帰後も時間短縮措置が必要であれば考慮する。

リハビリ出勤期間　　月日～月日

リハビリ出勤計画

＜第１段階＞
期間：
出社時間：
退社時間：
出勤日：
社内で行うこと：
＜第２段階＞
期間：
出社時間：
退社時間：
出勤日：
社内で行うこと：

職場復帰支援プラン

作成日：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>所属</td><td>社員番号</td><td>氏名</td><td>性別</td><td>年齢</td><td rowspan="2">新規 ・ 変更 ・ 解除</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>男・女</td><td>歳</td></tr>
<tr><td>復職可又は条件付加の場合における就業上の措置の内容
（当初の1～2か月について）</td><td colspan="5">・時間外勤務（禁止・制限　　時間/月まで）・交代勤務　　（禁止・制限）
・休日勤務　（禁止・制限　　日/月まで）　・就業時間短縮（　　時～　　時まで）
・出張　　（禁止・制限　　日/月まで）　・業務内容変更（ 無・有 ）
・配置転換・異動　　（変更内容：　　）
・試し出勤制度等の利用について（利用・利用しない）
・事業場外資源が提供する職場復帰支援プログラム等（利用・利用しない）
・その他：
・今後の見通し：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">復職後のフォロー
（6か月を目安）</td><td colspan="3">フォローの時期</td><td colspan="2">評価の内容</td></tr>
<tr><td>上司による評価</td><td colspan="3">復職後1か月：1回 /（　）週
2～3か月：1回 /（　）週
4～6か月：1回 /（　）週</td><td rowspan="2">症状（表情）
治療状況
勤務状態
業務遂行能力
周囲との折り合い</td></tr>
<tr><td>産業医又は保健師、人事労務</td><td colspan="3">復職後1か月：1回 /（　）週
2～3か月：1回 /（　）週
4～6か月：1回 /（　）週</td></tr>
<tr><td>勤務制度の運用の必要性</td><td colspan="5">フレックスタイム制度（禁止・制限）、裁量労働制度（禁止・制限）</td></tr>
<tr><td>産業医等による医学的見地からみた意見</td><td colspan="5">安全（健康）配慮義務に関する助言

その他、職場復帰支援に関する医学的見地からみた意見 、通院の有無等</td></tr>
<tr><td>円滑な復職に必要なその他の配慮</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>当該従業員みずから責任を持って行うべき事項</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>（産業医　　）
次回面接実施日</td><td colspan="5">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>上記の措置期間</td><td colspan="5">年　　月　　日 ～　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

部長　　印

職場復帰支援プラン

【記入要領】
1．人事部からの復職承認後、所属長は、メンタル系疾患者の制限内容等を考慮し、復帰支援プランを作成の上、復職日当日までに復職者に対し、説明して下さい。
2．復職者は、所属長からの説明後、下段の確認欄に署名捺印の上、所属長へ提出して下さい。
3．所属長は、本人捺印後、すみやかに部長・統括支店長経由で人事部へ提出して下さい。

復職者氏名	（満　　才）	所属・役職	
氏名コード		復職日	平成　　年　　月　　日
所属長【記入欄】	・業務内容や業務量の変更／他の社員によるサポートの内容や方法		
	・所属長によるフォローアップの方法（定期的な面談の実施等）		
	・その他配慮内容（就業時間制限・通院のための外出・休暇許可等） 平成　　年　　月　　日 【所属長名】　　印		
本人【確認欄】	所属長と面談を行い、「職場復帰支援プランについて」の上記説明を受けました。 平成　　年　　月　　日 【氏　　名】　　印		

6-2(その1)

平成　　年　　月　　日

職場復帰支援プランに対する意見照会書

病院
クリニック　　先生　御机下

〒
株式会社○○○○
産業医　　印
電話番号

日頃より弊社の健康管理活動に御理解、御協力をいただきまして感謝申し上げます。

さて、弊社従業員の職場復帰に際しては、別添、職場復帰支援プランに基づき実施していく所存ですが、プランの内容の充実と適切性をより一層図るために下記の事項について任意書式の文書により御意見をいただきたく存じます。

なお、いただいた情報につきましては、本人の職場復帰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医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御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　　年　　月　　日

2　意見聴取事項
(1) 職場復帰支援プランに対する御意見
(2) 職場復帰支援に際して、特に配慮すべき事項の有無とその理由
(3)
(4)
(5)

（本人記入）
　私は、本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成並びに産業医への提出について同意します。
　　年　　月　　日　　氏名　　印

6-2(その2)

平成　　年　　月　　日

職場復帰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

〒
株式会社○○○○
産業医　　印
電話番号

日頃より弊社の健康管理活動に御理解、御協力をいただきまして感謝申し上げます。

さて、弊社従業員の職場復帰支援に際して、下記の情報提供依頼事項について任意書式の文書により情報提供及び御意見をいただきたく存じます。

なお、いただいた情報につきましては、本人の職場復帰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医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御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　　年　　月　　日

2　情報提供依頼事項
(1) 発症から初診までの経過
(2) 治療経過
(3) 現在の状態（業務に影響を与える症状及び薬の副作用の可能性なども含めて）
(4) 別添、職場復帰支援プランに対する意見
(5)

（本人記入）
　私は、本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成並びに産業医への提出について同意します。
　　年　　月　　日　　氏名　　印

職場復帰支援に関する面談記録および計画書

事業場	所属	職名	個人番号	氏　名（ふりがな）	生年月日	年齢
支社・支店 工場・病院 附属学校				男 ・ 女		歳

面談日時：平成　　年　　月　　日

出　席　者：監督者（　　）　・人事担当者（　　）
産業医（　　）・産業保健スタッフ（　　）・その他（　　）

これまでの傷病歴	
これまでの経過のまとめ	
主治医による意見	医療機関名：　　主治医：　　㊞： 診断名： 治療状況等： 就業上の配慮についての意見：
現状の評価・問題点	◆本人の状況（職場復帰に対する意志、健康状態等） ◆職場環境 等 ◆その他
職場復帰支援プラン（復職時およびそれ以降の予定も含めて）	◆職場復帰の可否　　可能　・　不可能 ◆職場復帰予定日：　平成　　年　　月　　日（　　） ◆管理監督者による就業上の配慮 ◆人事労務管理上の対応事項 ◆フォローアップの方法 ・産業医面談 ・監督者面談 ・その他 ◆その他 ◆産業医意見 ※配置転換・異動、フォローアップの方法、職場の対応等も含む、詳細な就業上の配慮の内容を記入

記入日：平成　　年　　月　　日　　記載者：　　㊞

6-3

6-4

平成　　年　　月　　日

（試し出勤･リハビリ勤務）を実施する従業員に関する情報提供書

病院
クリニック　　先生　御机下

〒
株式会社◇◇◇◇
（総務部門長）　　印
電話番号

日頃より弊社の健康管理活動に御理解、御協力をいただきまして感謝申し上げます。
さて、弊社従業員の（試し出勤・リハビリ勤務）実施に際し、今後、円滑に職場への復帰ができるよう情報の提供を御依頼させていただく所存です。
つきましては、弊社における当該従業員の業務等に関する情報を下記のとおり、提供させていただきます。
今後とも弊社の健康管理活動への御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　　年　　月　　日

2　許可の内容等
別添、通知書のとおり

3　職場復帰支援プラン
別添のとおり

7-1

平成　　年　　月　　日

試し出勤日誌

所属
氏名　　印

時間	実施内容	備考欄
体調等で気になった点		
所属長の意見等 平成○○年○○月○○日 所属長氏名　　印		

試し出勤自己評価表兼結果報告書

所属名			
氏名		記録作成日	年　　月　　日

実施計画の内容			
期日	時間	訓練内容	実施状況
○月○日	※ ◇時間など	※ 「書類のコピー」「机の整理」など、具体的に決めておいた内容を記入しましょう。	※ 「特に問題なく実施できた。」「徐々に早くこなせるようになった」などの評価を記入してもらいましょう

特記事項（試し出勤の実施状況に関する所属長の意見）

平成　　年　　月　　日

所属長氏名　　㊞

※ 評価する日をあらかじめ決めておいて、試し出勤の状況を評価しましょう。
試し出勤の継続や正式な職場復帰検討の際に参考にする資料として利用できます。

7-2

平成　　年　　月　　日

（人事労務担当者）

試し出勤終了に関する報告書（第　回）

所属

（所属長名）

氏名			
実施期間	平成○○年○○月○○日から平成○○年○○月○○日		
月日	時間	主な実施内容	実施状況

特記事項（試し出勤の実施状況に関する所属長の意見等）

平成○○年○○月○○日

所属長氏名　　印

※試し出勤日誌を添付すること。

7-3

平成　　年　　月　　日

株式会社○○○○
代表取締役　○○○○

試し出勤許可の取り消しに関する判定委員会 報告書

株式会社○○○○
休職・職場復帰に関する判定委員会
委員長　　印

下記の従業員に対する試し出勤許可の取り消しに関して、当委員会は次のとおり 報告する。

1　従業員
氏 名 ○ ○ ○ ○ （男・女）
生年月日　　年　　月　　日

2　試し出勤許可の取り消し
例：試し出勤許可の取り消しが妥当である。

3　意見等

7-4

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

試し出勤許可の取消通知書

株式会社◇◇◇◇
（総務部門長名）

貴殿に対する職場復帰に際しての試し出勤について、下記の理由により、許可を取り消します。

記

1　取り消しの理由

2　留意事項
当初に指定した休職期間の終期まで治療に専念し、健康及び労働能力の回復に努めること。

7-5

平成　　年　　月　　日

健康上の留意事項に関する指導･勧告書

所属　　部　　課

（氏名）　　様

産業医（会社指定医）
（総務部門長）
電話番号

貴殿に対する試し出勤については、試し出勤許可の取消通知書のとおり、許可を取り消します。
今後の健康上の留意点等について、下記のとおり指導・勧告を行います。
また、健康上の留意点に配慮していく上において、不明な点等があれば健康管理スタッフ等に相談してください。

1　指導・勧告事項

7-6

平成　　年　　月　　日

（試し出勤･リハビリ勤務）の許可を取り消した従業員に関する情報提供書

病院
クリニック　　先生　御机下

〒
株式会社◇◇◇◇
（総務部門長）　　印
電話番号

日頃より弊社の健康管理活動に御理解、御協力をいただきまして感謝申し上げます。
さて、弊社従業員の（試し出勤・リハビリ勤務）の実施について、下記の理由により許可を取り消しましたので、情報を提供させていただきます。
今後とも弊社の健康管理活動への御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　　年　　月　　日

2　許可の取り消し理由等について
別添のとおり

7-7

平成　　年　　月　　日

リハビリ勤務実施状況報告書

所属
氏名　　印

出勤時刻	退勤時刻	業務内容	備考欄

体調等で気になった点

所属長の意見等

平成○○年○○月○○日
所属長氏名　　印

7-8

リハビリ勤務終了申請書

人事労務責任者　　○ ○　○ ○　様

平成　　年　　月　　日
所　属
氏　名　　(印)

私は「リハビリ勤務規程」に基づき、リハビリ勤務を行っておりますが、この度、下記の理由によってリハビリ勤務の終了を申請したく、宜しくお願い申しあげます。

記

１．　終了希望日
平成　　年　　月　　日
（リハビリ勤務の決定･変更時の予定期間：平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日）
平成　　年　　月　　日

２．　終了を希望する具体的事由

３．添付書類
１）主治医による診断書　１通
２）医療情報開示の同意書　１通

以　　上

7-9

平成　　年　　月　　日

（人事労務担当者）

リハビリ勤務終了に関する報告書（第　回）

所属
（所属長名）

氏名			
実施期間	平成○○年○○月○○日から平成○○年○○月○○日		
月日	出勤時刻	退勤時刻	主な業務内容

特記事項（リハビリ勤務の実施状況に関する所属長の意見等）

平成○○年○○月○○日
所属長氏名　　印

※リハビリ勤務実施状況報告書を添付すること。

7-10

平成　　年　　月　　日

株式会社○○○○
代表取締役　○○○○

リハビリ勤務許可の取り消しに関する判定委員会 報告書

株式会社○○○○
休職・職場復帰に関する判定委員会
委員長　　印

下記の従業員に対するリハビリ勤務許可の取り消しに関して、当委員会は次のとおり 報告する。

1　従業員
氏 名 ○ ○ ○ ○ （男・女）
生年月日　　年　　月　　日

2　リハビリ勤務許可の取り消し
例：リハビリ勤務許可の取り消しが妥当である。

3　意見等

7-11

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

リハビリ勤務許可の取消通知書

株式会社◇◇◇◇
（総務部門長名）

貴殿に対する職場復帰に際してのリハビリ勤務について、下記の理由により、許可を取り消します。

記

1　取り消しの理由

2　留意事項
当初に指定した休職期間の終期まで治療に専念し、健康及び労働能力の回復に努めること。

7-12

平成　　年　　月　　日

健康上の留意事項に関する指導･勧告書

所属　　部　　課

（氏名）　　様

産業医（会社指定医）
（総務部門長）
電話番号

貴殿に対するリハビリ勤務については、リハビリ勤務許可の取消通知書のとおり、許可を取り消します。

今後の健康上の留意点等について、下記のとおり指導・勧告を行います。

また、健康上の留意点に配慮していく上において、不明な点等があれば健康管理スタッフ等に相談してください。

1　指導・勧告事項

8-1

平成　　年　　月　　日

医療情報提供依頼書

病院
クリニック　　先生　御机下

〒
株式会社◇◇◇◇
産業医　　印
電話番号

日頃より弊社の健康管理活動に御理解、御協力をいただきまして感謝申し上げます。

さて、弊社従業員からの職場復帰の申し出に際し、下記の情報提供依頼事項について任意書式の文書により情報の御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、本人の職場復帰を支援する目的のみに使用し、プライバシーには十分配慮しながら産業医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　　年　　月　　日

2　情報提供依頼事項
(1) 症状の程度、治療の経過、病状の回復状況（再発・再燃の可能性を含む）等と今後の見通し
(2) 今後の通院治療の必要性と回数等
(3) 業務の遂行に影響を及ぼす可能性がある残存症状や薬の副作用の有無
(4) 再発・再燃防止のために職場で注意すべき事項
(5) 業務上で禁止すべき事項
(6) 職場内や周囲の対応の中で注意すべき事項
(7) 本人の体調等を見定めるための兆候や目安

（本人記入）

私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成並びに産業医への提出について同意します。

年　　月　　日　　氏名　　印

8-2

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

株式会社◇◇◇◇
代表取締役

面談･検査命令書

貴殿の職場復帰の可否判断に際し、十分な情報を得るため、当社が指定した下記の産業保健スタッフとの必要な面談・検査を平成○○年○○月○○日までに実施するよう通知します。

記

1　面談・検査等の事由
　例：職場復帰の可否判断のため

2　担当産業保健スタッフ
　例：健康相談室　保健師　○○○○

8-3

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

株式会社◇◇◇◇
代表取締役

健診･検診､精密検査 受診命令書

貴殿の職場復帰の可否判断に際し、十分な情報を得るため、当社が指定した医師による健康診断・検診・精密検査を平成○○年○○月○○日までに実施するよう命じます。

なお、この受診命令に応じない場合には、就業規則第○条に基づき、懲戒処分を科す可能性があることを申し添えます。

記

1　受診の事由

2　指定する医師
例：産業医　○○○○
例：当社指定専門医　○○病院　精神科　○○○○

8-4

平成　　年　　月　　日

株式会社○○○○
代表取締役　○○○○

職場復帰の可否に関する判定委員会 報告書

株式会社○○○○
休職・職場復帰に関する判定委員会

委員長　　印

下記の従業員に対する職場復帰に関して、当委員会は次のとおり 報告する。

1　従業員
氏 名 ○ ○ ○ ○ （男・女）
生年月日　　年　　月　　日

2　職場復帰の可否
例：職場復帰が可能である。

3　意見等

8-5(その1)

平成　　年　　月　　日

株式会社○○○○
代表取締役　○○○○

就業配慮報告書

株式会社○○○○
休職・職場復帰に関する判定委員会
委員長　　印

下記の従業員に対する、職場復帰における就業上の配慮について、当委員会は次のとおり報告する。

1　従業員
氏 名 ○ ○ ○ ○ （男・女）
生年月日　　年　　月　　日

2　就業配慮期間
原則として、平成○○年○○月○○日から平成○○年○○月○○日までとする。

3　配慮事項
(1) 医療面
例：服薬管理、通院への配慮
(2) 勤務面
例：出張の制限（月１回程度とする）、時間外勤務の制限（１日○時間まで）

4　その他の具体的な配慮事項

8-6

年　　月　　日

人事労務責任者　殿

職場復帰に関する意見書

○○事業場
産業医　　印

事業場		所属		従業員番号	氏　名	男・女	年齢　歳

目　　的	（新規・変更・解除）
復職に関する意見	復職の可否　可　条件付き可　不可 意見
就業上の措置の内容（復職可または条件付可の場合）	・時間外勤務　（禁止・制限　H）　・交代勤務　（禁止・制限） ・休日勤務　（禁止・制限）　・就業時間短縮（遅刻・早退　H） ・出張　（禁止・制限）　・作業転換 ・配置転換・異動 ・その他： ・今後の見通し：
面接実施日	年　月　日
上記の措置期間	年　月　日　～　年　月　日

平成　　年　　月　　日

長 殿

産業医　　㊞

就業配慮報告書

の規定により、下記の職員において、就業上の配慮が必要と判定しましたので報告いたします。

記

事業場	所属	職名	個人番号	氏　名（ふりがな）	生年月日	年齢
				男・女		歳

一般疾病（ 心 ・身 ）・ 職場復帰 ・ 健康診断事後措置 ・ 長時間労働 ・ 母性健康管理 ・ その他

診断名（主治医意見書）		医療機関名	
面談実施日	平成　　年　　月　　日		

指導区分

期　　間　　平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日

医 療 の 面（　　）1. 要医療　2. 要観察指導　3. 医療不要

生活規正の面（　　）A. 勤務不可

B. 勤務制限（時間外勤務および週休日における勤務、出張の不可を含む）

□職務の変更

□職務の軽減

□勤務時間の短縮

□業務量の軽減

C. ほぼ平常勤務

□時間外勤務の制限

（1日　　時間まで／連日の超勤：□ 不可 ・ □ 可）

□週休日における勤務の制限（月　　回まで）

□出張の制限（月　　回まで）

□深夜作業の制限（深夜作業従事者）（月　　回まで）

D. 平常勤務

※具体的制限内容は下記参照

就業上の配慮の具体的内容

※配置転換・異動、フォローアップの方法、職場の対応等も含む、詳細な就業上の配慮の内容を記入

産業医意見書(例)

作成日：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>所属</td><td>社員番号</td><td colspan="2">氏名</td><td>性別</td><td>年齢</td><td rowspan="2">新規 ・ 変更 ・ 解除</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td>男・女</td><td>歳</td></tr>
<tr><td>復職可又は条件付加の場合における就業上の措置の内容
（当初の1～2か月について）</td><td colspan="6">・時間外勤務（禁止・制限　　時間/月まで）・交代勤務　　（禁止・制限）
・休日勤務　（禁止・制限　　日/月まで）　・就業時間短縮（　　時～　　時まで）
・出張　　（禁止・制限　　日/月まで）　・業務内容変更（ 無・有 ）
・配置転換・異動　　（変更内容：　　）
・試し出勤制度等の利用について（利用・利用しない）
・事業場外資源が提供する職場復帰支援プログラム等（利用・利用しない）
・その他：
・今後の見通し：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">復職後のフォロー
（6か月を目安）</td><td colspan="4">フォローの時期</td><td colspan="2">評価の内容</td></tr>
<tr><td colspan="2">上司による評価</td><td colspan="2">復職後１か月：１回 /（　）週
2～3か月：１回 /（　）週
4～6か月：１回 /（　）週</td><td colspan="2" rowspan="2">症状（表情）
治療状況
勤務状態
業務遂行能力
周囲との折り合い</td></tr>
<tr><td colspan="2">産業医又は保健師、人事労務</td><td colspan="2">復職後１か月：１回 /（　）週
2～3か月：１回 /（　）週
4～6か月：１回 /（　）週</td></tr>
<tr><td>勤務制度の運用の必要性</td><td colspan="6">フレックスタイム制度（禁止・制限）、裁量労働制度（禁止・制限）</td></tr>
<tr><td>産業医等による医学的見地からみた意見</td><td colspan="6">安全（健康）配慮義務に関する助言

その他、職場復帰支援に関する医学的見地からみた意見 、通院の有無等</td></tr>
<tr><td>円滑な復職に必要なその他の配慮</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>当該従業員みずから責任を持って行うべき事項</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>（産業医　　）
次回面接実施日</td><td colspan="6">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>上記の措置期間</td><td colspan="6">年　　月　　日 ～　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

平成　　年　　月　　日

人事部長　殿
（人事Ｇ用件）

産業医　　印

職場復帰支援に関する措置意見書【新規・変更・解除】

復職者 氏名コード	（　　）	性別		年齢	才
所属		入社年月	昭和 平成 年　月	職群	総合職／エリア総合職 一般職／契約社員 ／嘱託
本人面談日時 場所	平成　年　月　日（　）　：　～　： 東京本社　塩路加　健康相談室　応接室				
措置が必要な 理由					
措置期間	平成　年　月　日～平成　年　月　日				
就業上の措置の 内容	□時間外勤務　【禁止・制限（　　H）】 □休日勤務　【禁止・制限（　　）】 □就業時間短縮　【　：　～　：　】 □出張　【禁止・制限（　　）】 □配置転換・異動　【現所属以外・他部門・（　　）】 □次回産業医面談要【平成　年　月頃】 平成　年　月　日 産業医　　印				

人事部Ｇ記入欄	

人事労務責任者　殿

職場復帰に関する意見書

（会社名）
（産業医名）　　印
Tel: 03−××−××

事業場・所属	社員氏名（社員番号）		年齢
	男・女		
復職に関する意見	復職の可否	可　　条件付き可　　不可	
	意見		
就業上の措置の内容 （復職可又は条件付き可の場合）	A)時間外勤務（禁止 ・ 制限　　H) B)休日勤務　（禁止 ・ 制限　　H) C)出張　（禁止 ・ 制限） D)交替制勤務（禁止 ・ 制限）　、　E)深夜業務（禁止 ・ 制限） F)就業時間短縮　時間数と期間、理由 （　H/1 日・期間　　） （理由:　　） G)配置転換・異動の必要性とその理由 H)作業転換の必要性とその理由 I)復職までに在宅でリハビリが必要な場合はその内容 J)その他配慮が必要な事項 K)今後の見通し		
面談実施日	年　　月　　日		
上記の措置期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日		

9-1

職場復帰支援(b)プラン

作成日：　　年　　月　　日

所属	氏名	性別	年齢	区分
		男・女	歳	新規・変更・解除

職場復帰日	年　　月　　日
復帰（予定）の場所	
職務の内容	
職制・職能等の社内資格等	

【職務の内容・量の変更点】

【職場復帰における就業上の配慮の内容】

・労働時間：

・始業・終業時刻：

・時間外労働（禁止・制限　　時間／月・週・日まで）　　・交替制勤務（禁止・制限）

・休日労働（禁止・制限　　日／月・週まで）　　・出張（禁止・制限　　日／月・週まで）

・深夜労働（禁止・制限　　日／月・週まで）　　・配置転換、異動（禁止・制限）

・その他の業務規制※運転業務、危険・有害業務など

【職場における業務上の配慮、サポートの内容及び方法】

【療養等に必要な配慮】

【労働契約内容の変更等】

【復職後のフォロー】

※段階的な就業上の配慮が必要な場合には、原則、6 か月を基本単位として職場復帰支援実施状況を観察し、産業医等の意見を踏まえて変更することがある。

9-2

平成　　年　　月　　日

職場復帰支援プランに対する意見照会書

病院
クリニック　　先生　御机下

〒
株式会社○○○○
産業医　　印
電話番号

日頃より弊社の健康管理活動に御理解、御協力をいただきまして感謝申し上げます。

さて、弊社従業員の職場復帰に際しては、別添、職場復帰支援プランに基づき実施していく所存ですが、プランの内容の充実と適切性をより一層図るために下記の事項について任意書式の文書により御意見をいただきたく存じます。

なお、いただいた情報につきましては、本人の職場復帰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医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御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　　年　　月　　日

2　意見聴取事項
(1) 職場復帰支援プランに対する御意見
(2) 職場復帰支援に際して、特に配慮すべき事項の有無とその理由
(3)
(4)
(5)

（本人記入）

私は、本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成並びに産業医への提出について同意します。

年　　月　　日　　氏名　　印

9-3

平成　　年　　月　　日

就業配慮通知書

○ ○部局長　　殿

長 （ 公印省略 ）

の規定により、下記の職員について、指導区分を決定

記

事業場	所属	職名	個人番号	氏 名(ふりがな)	生年月日	年齢
文教 ・ 坂本 片淵 ・ 病院 附属学校				男 ・ 女		歳

期　間	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日
指導区分	医 療 の 面 （　　） 1. 要医療　2. 要観察指導　3. 医療不要 生 活 規 正 の 面 （　　） A. 勤務不可 B. 勤務制限（時間外勤務および週休日における勤務、出張の不可を含む） □ 職務の変更 □ 職務の軽減 □ 勤務時間の短縮 □ 業務量の軽減 C. ほぼ平常勤務 □ 時間外勤務の制限 （1日　　時間まで／連日の超勤：□ 不可 ・ □ 可） □ 週休日における勤務の制限　（月　　回まで） □ 出張の制限　（月　　回まで） □ 深夜作業の制限（深夜作業従事者）（月　　回まで） D. 平常勤務　※具体的制限内容は下記参照
就業配慮の具体的な内容	

（写しは人事課へ）

様式５－２（部局長→職員）

平成　　年　　月　　日

就業配慮通知書

所属：

氏名：　　殿

○　○　部　局　長（公印省略）

長崎大学安全衛生管理規則第36条および第37条の規定により、下記の通り指導区分を決定しましたので、通知します。

記

期　間	平成　年　月　日　～　平成　年　月　日
指導区分	医療の面（　　）1. 要医療　2. 要観察指導　3. 医療不要 生活規正の面（　　）A. 勤務不可 B. 勤務制限（時間外勤務および週休日における勤務、出張の不可を含む） ☐ 職務の変更 ☐ 職務の軽減 ☐ 勤務時間の短縮 ☐ 業務量の軽減 C. ほぼ平常勤務 ☐ 時間外勤務の制限 （1日　　時間まで／連日の超勤：☐ 不可 ・ ☐ 可） ☐ 週休日における勤務の制限　（月　　回まで） ☐ 出張の制限　（月　　回まで） ☐ 深夜作業の制限（深夜作業従事者）（月　　回まで） D. 平常勤務　※具体的制限内容は下記参照
就業配慮の具体的な内容	

（写しは監督者へ）

9-4

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

職 場 復 帰 命 令 書

株式会社◇◇◇◇
（総務部門長名）

業務外の傷病により、平成○○年○○月○○日付休職命令書に基づき、平成○○年○○月○○日から休職を命じていますが、貴殿からの職場復帰申請書ならびに当社の審査の結果、就業規則第○条第○項に基づき、下記のとおり職場復帰を命じます。

記

1　職場復帰年月日
　平成　　年　　月　　日

2　復帰すべき職場
　例：休職前に所属していた元の職場

3　労働条件の変更等

9-5

平成　　年　　月　　日

職場復帰及び就業措置に関する情報提供書

病院
クリニック 先生 御机下

〒
株式会社◇◇◇◇
産業医　　印
電話番号

日頃より弊社の健康管理活動に御理解、御協力をいただきまして感謝申し上げます。
さて、弊社従業員の今回の職場復帰においては、下記の内容の就業上の措置を図りながら支援をしていきたいと考えております。
今後とも御指導の程どうぞよろしくお願い申し上げます。

記

氏名	（生年月日　　年　　月　　日 年齢　　歳）	性別 男・女
復職（予定）日		
就業上の措置の内容	・ 時間外労働（禁止・制限　　／　） ・ 休日労働　（禁止・制限　　／　） ・ 深夜労働（禁止・制限　　／　） ・ その他の業務規制 ・ 交替制務（禁止・制限） ・ 出張　（禁止・制限　　／　） ・ 配置転換、異動（禁止・制限）	
連絡事項		
上記の措置期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日	

〈注：この情報提供書は労働者本人を通じて直接主治医へ提出すること〉

〔産業医→職員→主治医〕

平成　　年　　月　　日

職場復帰および就業上の配慮に関する情報提供書

病院
クリニック　　先生　御机下

担当産業医

日頃より、　　健康管理活動にご理解、ご協力をいただき感謝申し上げます。
下記職員の今回の職場復帰においては、下記のとおり決定いたしました。今後ともご指導の程どうぞよろしくお願い申し上げます。

記

1. 職員

ふりがな
氏　　名：　　（男・女）

生年月日：昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）

所　　属：○○部○○課

職　　名：

職務内容：

職場復帰（予定）日	平成　　年　　月　　日　から
医療の面（　　）	1. 要医療　　2. 要観察指導　　3. 医療不要
生活規正の面（　　）	A. 勤務不可 B. 勤務制限（時間外勤務および週休日における勤務、出張の不可を含む） □ 職務の変更 □ 職務の軽減 □ 勤務時間の短縮 □ 業務量の軽減 C. ほぼ平常勤務 □ 時間外勤務の制限 （1日　　時間まで／連日の超勤：□ 不可 ・ □ 可） □ 週休日における勤務の制限　（月　　回まで） □ 出張の制限　（月　　回まで） □ 深夜作業の制限（深夜作業従事者）（月　　回まで） D. 平常勤務　　※具体的制限内容は下記参照
就業配慮の具体的な内容	

※この情報提供書は、職員本人を通じて直接、主治医へ提出すること

平成　年　月　日

職場復帰及び就業上の配慮に関する情報提供書

（主治医）

様

（会社名）

（産業医名）

日頃より弊社の健康管理活動へのご理解とご協力をいただき感謝申し上げます。
弊社の下記従業員の今回の職場復帰については、下記の内容の就業上の措置を図りながら実施をしていきたいと考えております。
今後ともご指導の程どうぞよろしくお願い申し上げます。

記

氏名	□	生 年 月 日 （年齢）	性 別
		年　月　日（　歳）	男・女
復職（予定）日	平成　年　月　日		
就業上の配慮の内容	時間外労働　（禁止 ・ 制限　H）	交替制勤務　（ 禁止 ・ 制限 ）	
	休日勤務　（ 禁止 ・ 制限 ）	出 張　（ 禁止 ・ 制限 ）	
	始業・終業時刻の変更（始業　時から ・ 終業　時まで）		
	深夜業務（ 禁止 ・ 制限 ）		
	配置転換（異動）		
	その他		
	今後の見通し		
連絡事項			
上記の措置期間	平成　年　月　日　～　平成　年　月　日		

※（注意）この情報提供書は労働者本人を通じて直接主治医に提出して下さい。

9-6

平成○○年○○月○○日

所属　　部　　課

（氏名）　　様

職場復帰不承認通知書

株式会社◇◇◇◇
（総務部門長名）

貴殿からの職場復帰申請書ならびに当社の審査の結果、就業規則第○条第○項に基づき、下記の理由により職場復帰を不承認とすることを通知します。

記

1　不承認の理由

2　休職期間
平成○○年○○月○○日から平成○○年○○月○○日まで

3　留意事項
当初に指定した休職期間の終期まで治療に専念し、健康及び労働能力の回復に努めること。

9-7

平成　　年　　月　　日

健康上の留意事項に関する指導・勧告書

所属　　部　　課

（氏名）　　様

産業医（会社指定医）
（総務部門長）
電話番号

貴殿の職場復帰については、職場復帰不承認通知書のとおり、認められません。
今後の健康上の留意点等について、下記のとおり指導・勧告を行います。
また、健康上の留意点に配慮していく上において、不明な点等があれば健康管理スタッフ等に相談してください。

1　指導・勧告事項

9-8

平成　　年　　月　　日

職場復帰不承認となった従業員に関する情報提供書

病院
クリニック　　先生　御机下

〒
株式会社◇◇◇◇
産業医　　印
電話番号

日頃より弊社の健康管理活動に御理解、御協力をいただきまして感謝申し上げます。

さて、弊社従業員の職場復帰につきまして、下記の理由により不承認となりましたので、情報を提供させていただきます。

今後とも弊社の健康管理活動への御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　　年　　月　　日

2　不承認の理由等について
　別添のとおり

復職後の観察記録表

復職日	平成　　年　　月　　日				
機関	平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日（第○週）				
項目	内容	評価		選択	備考等
勤怠	所定の勤務日に出勤できているか。また、所定の出勤・退勤時刻を守れているか。	よく出来ている	5		
		出来ている	4		
		普通	3		
		あまり出来ていない	2		
		全く出来ていない	1		
態様	職務に集中して取り組んでいるか。服薬等による眠気などはないか。	よく出来ている	5		
		出来ている	4		
		普通	3		
		あまり出来ていない	2		
		全く出来ていない	1		
仕事への関与	与えられた職務に対して、積極的に取り組んでいるか。	よく出来ている	5		
		出来ている	4		
		普通	3		
		あまり出来ていない	2		
		全く出来ていない	1		
職場への協調	上司や同僚と強調して職務に取り組んでいるか。報告、連絡、相談ができているか。	よく出来ている	5		
		出来ている	4		
		普通	3		
		あまり出来ていない	2		
		全く出来ていない	1		
成果	与えられた職務について、質・量の面から満足のいく結果となっているか。	よく出来ている	5		
		出来ている	4		
		普通	3		
		あまり出来ていない	2		
		全く出来ていない	1		
		よく出来ている	5		
		出来ている	4		
		普通	3		
		あまり出来ていない	2		
		全く出来ていない	1		
その他、特に気になった点					

10-2

平成　　年　　月　　日

（人事労務担当者）

復職後経過報告書

所属

（所属長名）

氏名	
所属・役職	
復職日	平成　　年　　月　　日
所属長 記載欄	1　職場復帰支援プランの進捗状況 2　身体の状況 （　　） 3　業務遂行の状況 □全く問題ない　□業務に支障はない　□業務遂行には配慮が必要　□その他 （　　） 4　回復の状況 休職前の勤務・業務遂行状況を100％とした場合、現在の回復状況　％ （　　）

※必要な場合には、観察記録表を添付すること。

10-3

平成　　年　　月　　日

職場復帰及び就業措置に関する情報提供書

病院
クリニック 先生 御机下

〒
株式会社◇◇◇◇
産業医　　印
電話番号

日頃より弊社の健康管理活動に御理解、御協力をいただきまして感謝申し上げます。
さて、弊社従業員の今回の職場復帰においては、別添のとおり職場復帰プランを見直したところですが、下記の内容の就業上の措置を図りながら支援をしていきたいと考えております。
今後とも御指導の程どうぞよろしくお願い申し上げます。

記

氏名	（生年月日　　年　　月　　日 年齢　　歳）	性別 男・女
復職（予定）日		
就業上の措置の内容	・ 時間外労働（禁止・制限　　／　） ・ 休日労働　（禁止・制限　　／　） ・ 深夜労働（禁止・制限　　／　） ・ その他の業務規制 ・ 交替制務（禁止・制限） ・ 出張　（禁止・制限　　／　） ・ 配置転換、異動（禁止・制限）	
連絡事項		
上記の措置期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日	

〈注：この情報提供書は労働者本人を通じて直接主治医へ提出すること〉

別添 － 職場復帰支援(b)プラン(変更後)

〔産業医→職員→主治医〕

平成　　年　　月　　日

職場復帰および就業上の配慮に関する情報提供書

病院
クリニック　　先生　御机下

担当産業医

日頃より、　　健康管理活動にご理解、ご協力をいただき感謝申し上げます。
下記職員の今回の職場復帰においては、下記のとおり決定いたしました。今後ともご指導の程どうぞよろしくお願い申し上げます。

記

1. 職員

ふりがな
氏　　名：　　（男・女）

生年月日：昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）

所　　属：○○部○○課

職　　名：

職務内容：

職場復帰（予定）日	平成　　年　　月　　日　から
医療の面（　　）	1. 要医療　　2. 要観察指導　　3. 医療不要
生活規正の面（　　）	A. 勤務不可 B. 勤務制限（時間外勤務および週休日における勤務、出張の不可を含む） □ 職務の変更 □ 職務の軽減 □ 勤務時間の短縮 □ 業務量の軽減 C. ほぼ平常勤務 □ 時間外勤務の制限 （1日　　時間まで／連日の超勤：□ 不可 ・ □ 可） □ 週休日における勤務の制限　（月　　回まで） □ 出張の制限　（月　　回まで） □ 深夜作業の制限（深夜作業従事者）（月　　回まで） D. 平常勤務　　※具体的制限内容は下記参照
就業配慮の具体的な内容	

※この情報提供書は、職員本人を通じて直接、主治医へ提出すること

平成　年　月　日

職場復帰及び就業上の配慮に関する情報提供書

（主治医）

様

（会社名）

（産業医名）

日頃より弊社の健康管理活動へのご理解とご協力をいただき感謝申し上げます。

弊社の下記従業員の今回の職場復帰については、下記の内容の就業上の措置を図りながら実施をしていきたいと考えております。

今後ともご指導の程どうぞよろしくお願い申し上げます。

記

氏名	□	生 年 月 日 （年齢） 年　月　日（　歳）	性 別 男・女
復職（予定）日	平成　年　月　日		
就業上の配慮の内容	時間外労働　（禁止 ・ 制限　H）　交替制勤務　（ 禁止 ・ 制限 ）		
	休日勤務　（ 禁止 ・ 制限 ）　出 張　（ 禁止 ・ 制限 ）		
	始業・終業時刻の変更（始業　時から ・ 終業　時まで）		
	深夜業務（ 禁止 ・ 制限 ）		
	配置転換（異動）		
	その他		
	今後の見通し		
連絡事項			
上記の措置期間	平成　年　月　日　～　平成　年　月　日		

※（注意）この情報提供書は労働者本人を通じて直接主治医に提出して下さい。