

情報提供シート

事業所名

様

当院へ受診中の 様の病状の安定のために
職場での様子について情報提供を頂戴できましたら幸いです。

【本人記入欄】私は、産業医と主治医の間で診療情報および就労情報が共有されることに同意します。

氏名： ⑤ 生年月日： 年 月 日
住所： 記入日： 年 月 日

該当者氏名：		当社での勤続年数：	現在の所属部署：
所属部署の業務と該当者の主な業務内容：		現在の部署の勤務期間：	
<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート			
業務上問題になってい	安全 安全ルールの遵守 秘密や情報の保持	<input type="checkbox"/> 問題ない 具体的に：	<input type="checkbox"/> サポートしている <input type="checkbox"/> 任せられない
	勤怠 遅刻、早退、欠勤	<input type="checkbox"/> 問題ない 具体的に：	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁である
	勤務態度 不機嫌、ルール遵守	<input type="checkbox"/> 問題ない 具体的に：	<input type="checkbox"/> 気になる点がある <input type="checkbox"/> 指導中
	パフォーマンス 業務達成や指示理解	<input type="checkbox"/> 問題ない 具体的に：	<input type="checkbox"/> 気になる点がある <input type="checkbox"/> 指導中
会社が求める本人への労務提供内容（「何ができるようになってほしいか」）：			
いつからのトラブル？ 入社時からか、何らかの変化からか：			
指導上困っていること、担当医師に確認したいこと：			

年 月 日 医療機関名
担当医
住所
TEL