

	<p>再適応に関する全体的評価（健康な時の適応度を100%とした場合）</p> <p>1 0～20%：再適応はきわめて困難である</p> <p>2 20～40%：再適応は困難である</p> <p>3 40～60%：再適応は可能だが、やや困難を伴う</p> <p>4 60～80%：再適応は可能だが、困難も予想される</p> <p>5 80%以上：ほとんど問題なく再適応が可能だが、配慮は必要</p>
病状に関連する職場の負担	<p>1 発病（症状）により対象者との関係がこじれ修復が困難である</p> <p>2 発病（症状）により対象者との関係がこじれたが、少し修復されてきている</p> <p>3 発病（症状）により対象者との関係がこじれたが、概ね修復されてきている</p> <p>4 発病（症状）による対象者との関係性の悪化はほとんどない</p>
対象労働者を迎える職場の雰囲気	<p>1 対象者とは合わない雰囲気、職場にいること自体が対象者の負担となる</p> <p>2 職場からはサポートは受けられない。</p> <p>3 職場との関係はほぼ良好であり、一定のサポートがある（職場によるストレス&lt;サポート）</p> <p>4 職場との関係は良好であり、十分なサポートがある（職場によるストレス≪サポート）</p>
職場におけるメンタルヘルスに関する理解の程度	<p>1 ほとんど理解されず、偏見も強いことが予想される</p> <p>2 ほとんど理解されていないが、偏見はない。腫れ物を触るような対応なることが予想される</p> <p>3 概ね理解されているが対象者への配慮や対応が一部ギクシャクしたものになることが予想される</p> <p>4 概ね理解されており、対象者に配慮したコミュニケーションができることが予想される</p>
職場再適応を支援する制度の有無	<p>1 なし</p> <p>2 リハビリ出勤などの段階的出勤〔社〕制度 制度の概要（ ）</p> <p>3 その他（ ）</p>

年 月 日

〒

〇〇株式会社

産業医

印

TEL

（本人記入）

私は本意見書の作成ならびに主治医への提出について同意します。

年

月

日

氏名

印

様式例 3

## 事業場内における健康管理上の配慮に関する主治医意見書

患者	氏名		男 女	生年 月日	年 月 日 ( 歳)
診断名（慣用的診断名、状態像でも可）					
* 国際分類に基づいた診断名	1 特定されており記載可能→ICDに基づき数字コードとともに御記載ください 2 特定されているが記載不可（問い合わせ；可・不可） 3 特定されておらず、診断のための情報収集中である（問い合わせ；可・不可） 4 国際分類は用いない 5 その他（ ）				
	主たる診断名 (ICD)F〇〇.〇〇				
	従たる診断名 (ICD)F〇〇.〇〇				
業務に影響を与える可能性のある精神症状または状態像  (自由記載)		1 抑うつ状態 2 焦燥感 3 不安 4 意欲・関心の低下 5 日中の眠気 6 基礎体力の低下 7 生活リズムの乱れ 8 自殺念慮 9 気分の高揚 10 怒りっぽい 11 幻覚 12 妄想 13 アルコール問題 14 迷惑行為 15 アルコール以外の薬物問題 16 その他（ ）			
業務に影響を与える可能性のある治療薬による副作用		1 眠気 2 めまい 3 不安 4 寡動 5 悪心・嘔気 6 倦怠感 7 集中力低下 8 その他（ ）  (*処方薬名)			
* 服薬など治療へのコンプライアンス[アドヒアランス]		1 主治医に相談せずに、服薬を完全に中断する 2 主治医に相談せずに、服薬の一部を自己調整している 3 主治医に相談したうえで適切な服薬をしている 4 不明、その他（ ）			
予想される現時点での職場への適応度		業務内容への関心・理解 1 業務に関心を持つだけのゆとりはなく、仕事の話は避けるほうが良い 2 業務に関心を持つゆとりはあり、上司や同僚が仕事に関する話を少ししてもよい 3 業務に自発的に関心を持っているが、一部理解できないこともある 4 業務に自発的に関心を持ち、上司や同僚の説明を理解できる			
		理解力・集中力（本・新聞を読む、あるいは業務に関連した資料を読むなどした場合） 1 ほとんど集中できない			

	<p>2 少し集中でき、業務以外の簡単な読み物は理解できるが業務関連の資料は理解できない</p> <p>3 集中でき、業務関連の資料を一部理解できる</p> <p>4 集中でき、業務関連の資料を概ね理解できる</p> <p>職場内での他者との交流</p> <p>1 患者の十分な休息のため、話しかけないほうが良い</p> <p>2 挨拶や手短な所用などにとどめたほうが良い</p> <p>3 旧知の間柄など気心の知れた他者に限定したほうが良い</p> <p>4 職場内で平均的に交流することができる</p> <p>5 その他 ( )</p> <p>業務遂行能力</p> <p>1 職場として受け入れられる最低限の業務遂行能力を満たさないとと思われる</p> <p>2 職場として受け入れられる最低限の業務遂行能力は満たすとと思われる</p> <p>3 職場として受け入れられる業務遂行能力を概ね満たすとと思われる</p> <p>4 職場として平均的な業務遂行能力を満たすとと思われる</p> <p>5 その他 ( )</p>
<p>職場再適応への準備状況</p>	<p>患者の意欲</p> <p>1 現時点では、職場再適応への関心を示していない</p> <p>2 職場再適応への関心を示すが、不安が強く迷っている</p> <p>3 職場再適応への意欲を示し、治療場面で主治医と相談している（行動の変化はない）</p> <p>4 職場再適応への意欲を示し、主治医と相談しながら準備を始めている</p> <p>5 その他 ( )</p> <p>職場再適応のための準備として推奨できるもの（複数選択可）</p> <p>1 パソコンなど作業の練習 2 業務関係の本を読む 3 他の社員や上司とメールや電話で連絡する 4 図書館などに一定時刻に通う 5 他の社員や上司と直接会って話す 6 スポーツクラブなどで体力づくりをする</p> <p>7 その他 ( )</p> <p>適切な頻度・負荷レベル</p> <p>1 現時点では患者の十分な休息を優先し、具体的な準備は時期尚早である</p> <p>2 不規則なら可能。治療場面で相談していきます</p> <p>3 規則的に可能（週3日以上、週合計12時間以上）</p> <p>4 規則的に可能（週5日以上、週合計25時間以上）</p> <p>再適応に際しての機能の全体的評価（患者の心理的、社会的、職場環境を総合して答えてください。なお職場としての平均を100%とします。）</p> <p>1 0～20% : 再適応はきわめて困難である。または、わからない</p> <p>2 20～40% : 再適応は困難である</p> <p>3 40～60% : 再適応は可能だが、やや困難を伴う</p> <p>4 60～80% : 再適応は可能だが、困難も予想される</p>

	<p>5. 80%以上：ほとんど問題なく再適応が可能だが、配慮は必要</p> <p>機能回復の現時点での見通し（「機能回復」とは職場として平均的な業務遂行能力の8割程度の能力があるかどうかを基準と考えてください）</p> <p>1 見通しが立たない。または数年以上</p> <p>2 1年程度</p> <p>3 約半年</p> <p>4 1～3ヶ月</p> <p>5 約1ヶ月</p> <p>6 すでに機能回復の基準は達成している</p>																																																	
<p>就業上の配慮に関するご意見（具体的にお願いします。また今後の見通しについては記入例のように各配慮ごとに期間の目安をお示ください。</p>	<table border="1"> <tr> <td>現在 (年 月 日)</td> <td>2週 間後</td> <td>1 ヵ月後</td> <td>2 ヵ月後</td> <td>3 ヵ月後</td> <td>6 ヵ月後</td> <td>1 年後</td> </tr> <tr> <td>残業制限( 時間)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>残業禁止</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>就業時間短縮( )</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>休業</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他( )</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	現在 (年 月 日)	2週 間後	1 ヵ月後	2 ヵ月後	3 ヵ月後	6 ヵ月後	1 年後	残業制限( 時間)							残業禁止							就業時間短縮( )							休業							その他( )							( )						
	現在 (年 月 日)	2週 間後	1 ヵ月後	2 ヵ月後	3 ヵ月後	6 ヵ月後	1 年後																																											
	残業制限( 時間)																																																	
	残業禁止																																																	
就業時間短縮( )																																																		
休業																																																		
その他( )																																																		
( )																																																		
<p>(記入例；○軽減) <span style="margin-left: 100px;">┌──────────┐</span> (←1ヵ月後に開始し1ヶ月間継続する場合)</p>																																																		
<p>作業・業務内容に関するご意見（関連する事項に関してご記載ください）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高所作業など危険作業：（不可・補助業務程度・2名以上で・単独作業可・不明）</li> <li>・重機の運転・操作など：（不可・補助業務程度・2名以上で・単独作業可・不明）</li> <li>・自動車の運転：（不可・通勤程度なら可・配送などに従事可・不明）</li> <li>・その他（ )</li> </ul>																																																		
<p>(特記事項など)</p>																																																		
<p>* 対象労働者にとっての職場の雰囲気</p>	<p>1 対象者とは合わない雰囲気、職場にいること自体が対象者の負担となる</p> <p>2 職場からはサポートは受けられない。</p> <p>3 職場との関係はほぼ良好であり、一定のサポートがある（職場によるストレス&lt;サポート）</p> <p>4 職場との関係は良好であり、十分なサポートがある（職場によるストレス≪サポート）</p>																																																	
<p>活用が有効と思われる職場再適応を支援するための制度 (現時点で事業場で利用可能なもの)</p>	<p>1 なし</p> <p>2 患者に適切な制度が未整備</p> <p>3 リハビリ出勤などの段階的出社制度</p> <p>4 その他 ( )</p>																																																	

\*連携する事業場側スタッフが産業医以外の場合は記載不要

年 月 日

〒

〇〇病院

△△クリニック

医師

印

TEL

(本人記入)

私は本意見書の作成ならびに産業医への提出について同意します。私の健康状態・病歴等に関する情報の事業場での取り扱いに関しては、健康管理に関わる者がそれぞれの責務を遂行する上で必要な範囲に限定して同意します。

年

月

日

氏名

印

様式例 4

年 月 日

## 患者の治療・職場再適応のための情報提供依頼書

〇〇株式会社

産業医

先生 御机下

〒

〇〇病院

△△クリニック

医師

印

TEL

当院に通院中の下記の患者が、[治療・職場再適応]に関する主治医意見書の発行を求めています。つきましては、意見書の作成に際し、患者の発病前後の適応状況・職務能力、職場環境、周囲との関係について情報をいただきたく存じます。

先生からの情報提供は、別紙「労働者の職場適応度に関する産業医意見書」にてお願いいたします。

なお、いただいた情報は、意見書の作成と本人の治療に役立てる目的のみに使用し、プライバシーは責任を持って管理いたします。

ご多忙のところ恐縮ですが、職場における患者の状況も念頭において意見書の作成を行いたいと存じますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

## 記

患者

氏名 (男・女)

生年月日 年 月 日

(本人記入)

私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、職場環境などに関する産業医意見書の作成ならびに精神科主治医への提出について同意します。

年 月 日 氏名 印



### 職場再適応に関する主治医意見書

患者	氏名		男 女	生年 月日	年 月 日 ( 歳)
診断名（慣用的診断名、状態像でも可）					
* 国際分類に基づいた診断名 (以前にご記入いただ いており、その後変更の ない場合は省略してい ただいて結構です)	1 特定されており記載可能→ICDに基づき数字コードとともに御記載ください				
	2 特定されているが記載不可（問い合わせ；可・不可）				
	3 特定されておらず、診断のための情報収集中である（問い合わせ；可・不可）				
		4 国際分類は用いない			
		5 その他 ( )			
主たる診断名		(ICD)F〇〇.〇〇			
従たる診断名		(ICD)F〇〇.〇〇			
業務に影響を与える可能性のある精神症状または状態像  (自由記載)	1 抑うつ状態 2 焦燥感 3 不安 4 意欲・関心の低下 5 日中の眠気 6 基礎体力の低下 7 生活リズムの乱れ 8 自殺念慮 9 気分の高揚 10 怒りっぽい 11 幻覚 12 妄想 13 アルコール問題 14 迷惑行為 15 アルコール以外の薬物問題 16 その他 ( )				
業務に影響を与える可能性のある治療薬による副作用	1 眠気 2 めまい 3 不安 4 寡動 5 悪心・嘔気 6 倦怠感 7 集中力低下 8 その他 ( )  (*処方薬名)				
* 服薬など治療へのコンプライアンス[アドヒアランス]	1 主治医に相談せずに、服薬を完全に中断する 2 主治医に相談せずに、服薬の一部を自己調整している 3 主治医に相談したうえで適切な服薬をしている 4 不明、その他 ( )				
予想される現時点での職場への適応度	業務内容への関心・理解 1 業務に関心を持つだけのゆとりはなく、仕事の話は避けるほうが良い 2 業務に関心を持つゆとりはあり、上司や同僚が仕事に関する話を少ししてもよい 3 業務に自発的に関心を持っているが、一部理解できないこともある 4 業務に自発的に関心を持ち、上司や同僚の説明を理解できる				
		理解力・集中力（本・新聞を読む、あるいは業務に関連した資料を読むなどした場合）			



	<p>1 ほとんど集中できない</p> <p>2 少し集中でき、業務以外の簡単な読み物は理解できるが業務関連の資料は理解できない</p> <p>3 集中でき、業務関連の資料を一部理解できる</p> <p>4 集中でき、業務関連の資料を概ね理解できる</p> <hr/> <p>職場内での他者との交流</p> <p>1 患者の十分な休息のため、話しかけないほうが良い</p> <p>2 挨拶や手短な所用などにとどめたほうが良い</p> <p>3 旧知の間柄など気心の知れた他者に限定したほうが良い</p> <p>4 職場内で平均的に交流することができる</p> <p>5 その他 ( )</p> <hr/> <p>業務遂行能力</p> <p>1 職場として受け入れられる最低限の業務遂行能力を満たさないとと思われる</p> <p>2 職場として受け入れられる最低限の業務遂行能力は満たすとと思われる</p> <p>3 職場として受け入れられる業務遂行能力を概ね満たすとと思われる</p> <p>4 職場として平均的な業務遂行能力を満たすとと思われる</p> <p>5 その他 ( )</p>
<p>職場再適応への準備状況</p>	<p>患者の意欲</p> <p>1 現時点では、職場再適応への関心を示していない</p> <p>2 職場再適応への関心を示すが、不安が強く迷っている</p> <p>3 職場再適応への意欲を示し、治療場面で主治医と相談している（行動の変化はない）</p> <p>4 職場再適応への意欲を示し、主治医と相談しながら準備を始めている</p> <p>5 その他 ( )</p> <hr/> <p>職場再適応のための準備として推奨できるもの（複数選択可）</p> <p>1 パソコンなど作業の練習 2 業務関係の本を読む 3 他の社員や上司とメールや電話で連絡する 4 図書館などに一定時刻に通う 5 他の社員や上司と直接会って話す 6 スポーツクラブなどで体力づくりをする</p> <p>7 その他 ( )</p> <hr/> <p>適切な頻度・負荷レベル</p> <p>1 現時点では患者の十分な休息を優先し、具体的な準備は時期尚早である</p> <p>2 不規則なら可能。治療場面で相談していきます</p> <p>3 定期的に可能（週3日以上、週合計12時間以上）</p> <p>4 定期的に可能（週5日以上、週合計25時間以上）</p> <hr/> <p>再適応に際しての機能の全体的評価（患者の心理的、社会的、職場環境を総合して答えてください。なお職場としての平均を100%とします。）</p> <p>1 0～20% : 再適応はきわめて困難である。または、わからない</p> <p>2 20～40% : 再適応は困難である</p> <p>3 40～60% : 再適応は可能だが、やや困難を伴う</p>

	<p>4 60～80%：再適応は可能だが、困難も予想される</p> <p>5 80%以上：ほとんど問題なく再適応が可能だが、配慮は必要</p> <p>機能回復の現時点での見通し（「機能回復」とは職場として平均的な業務遂行能力の8割程度の能力があるかどうかを基準と考えてください）</p> <p>1 見通しが立たない。または数年以上</p> <p>2 1年程度</p> <p>3 約半年</p> <p>4 1～3ヶ月</p> <p>5 約1ヶ月</p> <p>6 すでに機能回復の基準は達成している</p>																																																	
<p>就業上の配慮に関するご意見（具体的にお願いします。また今後の見通しについては記入例のように各配慮ごとに期間の目安をお示ください。</p>	<table border="1"> <tr> <td>現在 (年 月 日)</td> <td>2週 間後</td> <td>1 ヵ月後</td> <td>2 ヵ月後</td> <td>3 ヵ月後</td> <td>6 ヵ月後</td> <td>1 年後</td> </tr> <tr> <td>残業制限( 時間)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>残業禁止</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>就業時間短縮( )</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>休業</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他( )</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(記入例；○○軽減) <span style="margin-left: 100px;">┌──────────┐</span> (←1ヵ月後に開始し1ヶ月間継続する場合)</p> <p>作業・業務内容に関するご意見（関連する事項に関してご記載ください）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高所作業など危険作業：（不可・補助業務程度・2名以上で・単独作業可・不明）</li> <li>・重機の運転・操作など：（不可・補助業務程度・2名以上で・単独作業可・不明）</li> <li>・自動車の運転：（不可・通勤程度なら可・配送などに従事可・不明）</li> <li>・その他（ )</li> </ul> <p>(特記事項など)</p>	現在 (年 月 日)	2週 間後	1 ヵ月後	2 ヵ月後	3 ヵ月後	6 ヵ月後	1 年後	残業制限( 時間)							残業禁止							就業時間短縮( )							休業							その他( )							( )						
現在 (年 月 日)	2週 間後	1 ヵ月後	2 ヵ月後	3 ヵ月後	6 ヵ月後	1 年後																																												
残業制限( 時間)																																																		
残業禁止																																																		
就業時間短縮( )																																																		
休業																																																		
その他( )																																																		
( )																																																		
<p>* 対象労働者にとっての職場の雰囲気</p>	<p>1 対象者とは合わない雰囲気、職場にいること自体が対象者の負担となる</p> <p>2 職場からはサポートは受けられない。</p> <p>3 職場との関係はほぼ良好であり、一定のサポートがある（職場によるストレス&lt;サポート）</p> <p>4 職場との関係は良好であり、十分なサポートがある（職場によるストレス&lt;&lt;サポート）</p>																																																	
<p>活用が有効と思われる職場再適応を支援するための制度 (現時点で事業場で利用可能なもの)</p>	<p>1 なし</p> <p>2 患者に適切な制度が未整備</p> <p>3 リハビリ出勤などの段階的出社制度</p> <p>4 その他（ )</p>																																																	

\*連携する事業場側スタッフが産業医以外の場合は記載不要

年 月 日

〒

〇〇病院

△△クリニック

医師

印

TEL

(本人記入)

私は本意見書の作成ならびに産業医への提出について同意します。私の健康状態・病歴等に関する情報の事業場での取り扱いに関しては、健康管理に関わる者がそれぞれの責務を遂行する上で必要な範囲に限定して同意します。

年 月 日 氏名 印

### 職場再適応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

〒  
〇〇株式会社  
産業医                                      印  
〒

日頃は弊社の健康管理活動にご理解とご協力を賜り感謝申し上げます。  
弊社の下記従業員の今回の職場再適応につきましては、下記の内容で配慮を図りながら支援をしていきたいと考えております。  
今後ともご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

記

患者	氏名		男 女	生年 月日	年	月	日	( 歳)
就業上の配慮の内容 (複数選択可)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 残業 (禁止・制限                      時間)</li> <li>・ 休日勤務 (禁止・制限)</li> <li>・ 就業時間短縮 (遅刻・早退                      時間)</li> <li>・ 作業内容の転換</li> <li>・ 配置転換・異動</li> <li>・ 休業</li> <li>・ その他 :</li> </ul>							
上記の配慮の適用期間	年    月    日    ~    年    月    日							
職場再適応支援のための プランの概要								
特記事項								

(本人記入)

私は本情報提供書の作成ならびに主治医への提出について同意します。

年    月    日                      氏名                                      印



職場再適応に向けての 取り組み状況	4 集中でき、業務関連の資料を概ね理解できる
	他者との交流（職場内） 1 話しかけられても、返事できないことがある 2 話しかけられれば返事するが、自分から話しかけることはない 3 自分から話しかけるが、挨拶や所用のときなど限定的である 4 職場内で平均的に交流している 5 その他（ ）
	業務遂行能力 1 職場として受け入れられる最低限の業務遂行能力を満たさない 2 職場として受け入れられる最低限の業務遂行能力は満たす 3 職場として受け入れられる業務遂行能力をほぼ満たす 4 職場として平均的な業務遂行能力を満たす 5 その他（ ）
	対象労働者の意欲 1 職場再適応への意欲を示していない 2 職場再適応への意欲を示すが、過度の不安がある 3 職場再適応への意欲を示す。不安はあるが現実的なものである。 4 その他（ ）
	再適応に関する全体的評価（健康な時の適応度を100%とした場合） 1 0～20%：再適応に向け支援を行ったが時期尚早と考えられた 2 20～40%：再適応が困難な状況である 3 40～60%：再適応はできているが、やや困難を伴う 4 60～80%：再適応はできているが、一部困難な状況がみられる 5 80%以上：ほとんど問題なく再適応できている。配慮は継続している
病状に関連する職場の 負担	1 発病（症状）により対象者との関係がこじれ修復が困難である 2 発病（症状）により対象者との関係がこじれたが、少し修復されてきている 3 発病（症状）により対象者との関係がこじれたが、概ね修復されてきている 4 発病（症状）による対象者との関係性の悪化はほとんどない
対象労働者を迎える職 場の雰囲気	1 対象者とは合わない雰囲気で、職場にいること自体が対象者の負担となっている 2 職場からはサポートは受けられない。 3 職場との関係はほぼ良好であり、一定のサポートがある（職場によるストレス<サポート） 4 職場との関係は良好であり、十分なサポートがある（職場によるストレス<<サポート）
職場におけるメンタル ヘルスに関する理解の 程度	1 ほとんど理解されず、偏見も強い 2 ほとんど理解されていないが、偏見はない。腫れ物を触るような対応になっている 3 概ね理解されているが対象者への配慮や対応が一部ギクシャクしたものになっている 4 概ね理解されており、対象者に配慮したコミュニケーションがなされている



様式例 9

## 治療状況に関する主治医意見書

〇〇株式会社

産業医

先生 御机下

〒

〇〇病院

△△クリニック

医師

印

TEL

当院に通院中の下記の患者につきまして、現在の治療状況は下記の通りですのでご報告いたします。


今後ともご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

記

患者	氏名		男 女	生年 月日	年 月 日 ( 歳)
診断名（慣用的診断名、状態像でも可）					
* 国際分類に基づいた診断名 (以前にご記入いただ いており、その後変更の ない場合は省略してい ただいて結構です)	1 特定されており記載可能→ICDに基づき数字コードとともに御記載ください				
	2 特定されているが記載不可（問い合わせ；可・不可）				
	3 特定されておらず、診断のための情報収集集中である（問い合わせ；可・不可）				
		4 国際分類は用いない			
		5 その他 ( )			
		主たる診断名 (ICD)F〇〇.〇〇			
		従たる診断名 (ICD)F〇〇.〇〇			
残存する病状 又は前景にある状態像		1 ゆうつ 2 イライラ 3 不安 4 やる気のなさ 5 不眠 6 食欲低下又は体重減少 7 自殺念慮 8 気分の高揚 9 怒りっぽい 10 幻覚 11 妄想 12 アルコール問題 13 アルコール以外の薬物問題 14 その他 ( )			



新しい症状の発生	1 なし 2 あり 具体的に ( )
全体としての病状コントロール	症状に関する全体的評価（初診時の病状を100%とした場合） 1 80%以上残存：ほとんどコントロールできていない 2 60～80%残存：コントロールが困難な状況である 3 40～60%残存：コントロールはできているが、やや困難を伴う 4 20～40%残存：概ねコントロールできているが、一部残存している 5 0～20%残存：症状がまったくないか、あってもわずか （自由記載）
* 服薬など治療へのコンプライアンス[アドヒアランス]	1 主治医に相談せずに、服薬を完全に中断している 2 主治医に相談せずに、服薬の一部を自己調整している 3 主治医に相談したうえで適切な服薬をしている 4 不明、その他 ( )
予想される現時点での職場への適応度	業務内容への関心・理解 1 業務に関心を持つだけのゆとりはなく、仕事の話は避けるほうが良い 2 業務に関心を持つゆとりはあり、上司や同僚が仕事に関する話を少ししてもよい 3 業務に自発的に関心を持っているが、一部理解できないこともある 4 業務に自発的に関心を持ち、上司や同僚の説明を理解できる
	理解力・集中力（本・新聞を読む、あるいは業務に関連した資料を読むなどした場合） 1 ほとんど集中できない 2 少し集中でき、業務以外の簡単な読み物は理解できるが業務関連の資料は理解できない 3 集中でき、業務関連の資料を一部理解できる 4 集中でき、業務関連の資料を概ね理解できる
	職場内での他者との交流 1 患者の十分な休息のため、話しかけないほうが良い 2 挨拶や手短な所用などにとどめたほうが良い 3 旧知の間柄など気心の知れた他者に限定したほうが良い 4 職場内で平均的に交流することができる 5 その他 ( )
	業務遂行能力 1 職場として受け入れられる最低限の業務遂行能力を満たさないとされる 2 職場として受け入れられる最低限の業務遂行能力は満たすとされる 3 職場として受け入れられる業務遂行能力を概ね満たすとされる 4 職場として平均的な業務遂行能力を満たすとされる

	5 その他 ( )						
職場再適応に向けての 取り組み	<p>患者の意欲</p> <p>1 現時点では、職場再適応への関心を示していない</p> <p>2 職場再適応への関心を示すが、不安が強く迷っている</p> <p>3 職場再適応への意欲を示し、治療場面で主治医と相談している（取り組みには至らない）</p> <p>4 職場再適応への意欲を示し、主治医と相談しながら取り組んでいる</p> <p>5 その他 ( )</p>						
	<p>再適応に際しての機能の全体的評価（患者の心理的、社会的、職場環境を総合して答えてください。なお職場としての平均を100%とします。）</p> <p>1 0～20%：再適応はきわめて困難である。または、わからない</p> <p>2 20～40%：再適応は困難である</p> <p>3 40～60%：再適応は可能だが、やや困難を伴う</p> <p>4 60～80%：再適応は可能だが、困難も予想される</p> <p>5 80%以上：ほとんど問題なく再適応が可能だが、配慮は必要</p>						
	<p>機能回復の現時点での見通し（「機能回復」とは職場として平均的な業務遂行能力の8割程度の能力があるかどうかを基準と考えてください）</p> <p>1 見通しが立たない。または数年以上</p> <p>2 1年程度</p> <p>3 約半年</p> <p>4 1～3ヶ月</p> <p>5 約1ヶ月</p> <p>6 すでに機能回復の基準は達成している</p>						
就業上の配慮に関する ご意見（具体的にお願 い します。また今後の見通 しについては記入例の ように各配慮ごとに期 間の目安をお示しくだ さい。	現在 (年 月 日)	2週 間後	1 ヵ月後	2 ヵ月後	3 ヵ月後	6 ヵ月後	1 年後
	残業制限( 時間) 残業禁止 就業時間短縮( ) 休業 その他( ) ( )	(記入例；○○軽減)  (←1ヵ月後に開始し1ヶ月間継続する場合)					
<p>作業・業務内容に関するご意見（関連する事項に関してご記載ください）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高所作業など危険作業：（不可・補助業務程度・2名以上で・単独作業可・不明）</li> <li>・重機の運転・操作など：（不可・補助業務程度・2名以上で・単独作業可・不明）</li> <li>・自動車の運転：（不可・通勤程度なら可・配送などに従事可・不明）</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>							

	(特記事項など)
* 対象労働者にとっての 職場の雰囲気	1 対象者とは合わない雰囲気、職場にいること自体が対象者の負担となる 2 職場からはサポートは受けられない。 3 職場との関係はほぼ良好であり、一定のサポートがある（職場によるストレス<サポート） 4 職場との関係は良好であり、十分なサポートがある（職場によるストレス<<サポート）
活用が有効と思われる 職場再適応を支援する ための制度 (現時点で事業場で利 用可能なもの)	1 なし 2 患者に適切な制度が未整備 3 リハビリ出勤などの段階的出社制度 4 その他 ( )

\*連携する事業場側スタッフが産業医以外の場合は記載不要

<p>(本人記入)</p> <p>私は本意見書の作成ならびに産業医への提出について同意します。私の健康状態・病歴等に関する情報の事業場での取り扱いに関しては、健康管理に関わる者がそれぞれの責務を遂行する上で必要な範囲に限定して同意します。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日                      氏名                                      印</p>
---

様式例10

【区分：復職・適正配置・その他( )】

## 連 絡 票

<b>本人</b>	所 属				
	氏名・生年月日		昭和・平成	年	月 日 歳

私は、診療機関における診療情報を開示することに同意します。

※本人自署 同意日 平成 年 月 日

住 所

氏 名

印

<b>所属 長 記 入</b>	役職・氏名				
	本人の職務に 関する説明				
	就労に関する 質問など				
		記入日	平成	年	月 日

**主治医 殿**

上記社員の就業適応の検討のため、症状等につきご意見を頂きたいお願い申し上げます。

株式会社 産業医

医療機関連絡窓口：

〒 県 市 町 (TEL - -)

<b>主治 医 記 入</b>	傷 病 名				
	加療経過				
	現在の状態 および予後				
	就労の可否、 注意点など				
	平成 年 月 日 医療機関名	住 所	TEL		
	氏 名				

<b>産 業 医 記 入</b>	就業に関する コメント、フォローの 要領など				
		管理区分			
	年 月 日 産業医	フォロー健診	要(次回 月)・不要		

<b>人 事</b>	就業に関する 判断ほか			係 長	担 当

〈フロー〉 人事 → 所属長 → 本人 → 主治医殿 → 本人 → 産業医 → 人事 → 産業医(写し)・所属長(写し)

株式会社 部 室

〒 県 市 町 (TEL - - )