

指導管理箋<第 回目>

労働者災害補償保険

氏名		生年月日	年 月 日	男・女
負傷又は 発病年月日	年 月 日	傷病名		
休業前の 職種		〔深夜勤 有・無〕	復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他()

就労に当たって必要な指導事項

- 1 職務内容変更の必要性
① あり(理由:) ② なし
- 2 作業制限の必要性(職務内容変更ありの場合、作業制限の有無)
① 軽作業可 ② 一般事務可 ③ 肉体労働の制限 ④ 普通勤務可 ⑤ その他()
〔 ①～③の場合その期間(推定) 〕
年 月 頃まで
- 3 勤務時間調整の必要性
① あり(1日 時間まで、週 時間まで) ② なし
*②なしの場合、時間外勤務調整の必要性
① あり(1日 時間まで、週 時間まで) ② なし ③ 深夜勤不可
- 4 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性
① あり(制限()・禁止) ② なし
- 5 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性
① あり() ② なし
- 6 対人業務の制限の必要性
① あり() ② なし
- 7 その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について
(例: 職責の大きさ、労働密度、職場での人間関係)
〔 〕

就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項

- 1 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項
〔 〕
- 2 今後の療養の予定
月に 回程度の診療予定

上記内容を確認しました。

年 月 日

本人署名 _____

上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。

年 月 日

病院又は

所在地 _____

診療所の

名称 _____

医師名 _____

(注) ①この指導管理箋は、入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を2か月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者に対し、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載するものです。
②被災労働者の方は、事業場に対して医師から受けた指導事項を説明する際にこの指導管理箋をお使いください。
③事業場の方は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。

労働者災害補償保険 指導管理箋(産業医提出用) <第 回目>				
氏名		生年月日	年 月 日	男・女
休業前の職種	〔深夜勤 有・無〕	復帰を希望する職種	原職・事務職・その他()	
病名	(1.) (2.)			
発症(受傷)年月日 (年 月 日・不明) 初診年月日 (年 月 日)				
<input type="checkbox"/> 初診時症状 <input type="checkbox"/> 前回指導時症状 } ※第2回目以降は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。)				
入院 (年 月 日) ~ (年 月 日)				
通院 (年 月 日) ~ (年 月 日)				
病状経過 (①不変・②改善傾向・③軽快・④寛解・⑤その他())				
現在の症状 { }				
現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項				
今後の治療予定 (①入院・②入院及び通院・③通院・④治療不要)				
入院 (年 月 日) ~ (年 月 日)				
通院 (年 月 日) ~ (年 月 日) 1月に 回程度				
症状固定の見込み 年 月頃				
就労に当たって勤務内容に対する意見				
1 勤務可能(条件なし)				
2 勤務可能(条件あり) [条件のある期間 年 月頃まで]				
ア 職務内容の変更 不要・要				
イ 作業内容の制限 不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他())				
ウ 時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)				
エ 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)				
オ 自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限 不要・要(特記事項:)				
カ 対人業務の制限 不要・要(特記事項:)				
キ その他勤務内容に対する意見(例:職責の大きさ、労働密度、職場での人間関係) ()				
就労に当たって必要な職場での留意点				
上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。				
年 月 日 本人署名 _____				
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。				
年 月 日 所在地 _____				
病院又は _____				
診療所の _____				
医師名 _____				
(注) 産業医(事業場の方)は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。				

指導管理箋(産業医提出用) <第 回目>				
労働者災害補償保険				
氏名		生年月日	年 月 日	男・女
休業前の職種	〔深夜勤 有・無〕	復帰を希望する職種	原職・事務職・その他()	
病名	(1.) (2.)			
発症(受傷)年月日 (年 月 日・不明) 初診年月日 (年 月 日)				
<input type="checkbox"/> 初診時症状 <input type="checkbox"/> 前回指導時症状 } ※第2回目以降は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。)				
入院 (年 月 日) ~ (年 月 日)				
通院 (年 月 日) ~ (年 月 日)				
病状経過 (①不変・②改善傾向・③軽快・④寛解・⑤その他())				
現在の症状 ()				
現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項				
今後の治療予定 (①入院・②入院及び通院・③通院・④治療不要)				
入院 (年 月 日) ~ (年 月 日)				
通院 (年 月 日) ~ (年 月 日) 月に 回程度				
症状固定の見込み 年 月頃				
就労に当たって勤務内容に対する意見				
1 勤務可能(条件なし)				
2 勤務可能(条件あり) [条件のある期間 年 月頃まで]				
ア 職務内容の変更 不要・要				
イ 作業内容の制限 不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他())				
ウ 時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)				
エ 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)				
オ 自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限 不要・要(特記事項:)				
カ その他勤務内容に対する意見 ()				
就労に当たって必要な職場での留意点				
上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。				
年 月 日				
本人署名 _____				
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。				
年 月 日				
所在地 _____				
病院又は _____				
名称 _____				
診療所の _____				
医師名 _____				
(注) 産業医(事業場の方)は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。				