

労働者災害補償保険		指導管理箋<第 回目>		
氏名		生年月日	年 月 日	
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肉体労働のみ制限 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 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 ()				
就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項				
1 個々の高年齢労働者の健康や体力の状況を踏まえ、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				
個々の高年齢労働者の健康や体力の状況を踏まえた日常生活上の指導事項				
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 所在地 _____ 病院又は _____ 名称 _____ 診療所の _____ 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。				