

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
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	※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。)		
<input type="checkbox"/> 前回指導時症状			
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	その他勤務内容に対する意見 ( )		
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。			