

医療機関等用

治療と仕事の両立支援（個別相談）申込書

令和 年 月 日

医療機関	病院名*	病院	希望日	① 月 日 時～
	記入者*	職種 / 氏名	や時期*	② 月 日 時～
	☎*	(代表)	方法*	(時期: ) <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> オンライン
患者情報	性別等*	性別 ( ) / ( ) 歳	疾病*	<input type="checkbox"/> がん ( )
	区分	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> 非がん ( )
	居住地*	( 市 区 )	同居者	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無
	障害手帳	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無	難病	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
就業情報	通勤先*	( 市 区 )	勤続	年 月～( 年 )
	状況*	<input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 休職中 復職見込 ( 年 月 )	傷病手当受給	<input type="checkbox"/> 受給中 ( 年 月まで ) <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 嘱託 <input type="checkbox"/> その他 ( )	通勤方法 (直近)	<input type="checkbox"/> マイカー <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 徒歩 (片道 分)
	期間定め	<input type="checkbox"/> 有 ( 年 月まで ) <input type="checkbox"/> 無	更新予定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 ( )
	勤務日数	週 ・ 月あたり ( ) 日	勤務時間	: ~ : 週あたり ( ) 時間
	残業	<input type="checkbox"/> 有 週あたり ( ) 時間 <input type="checkbox"/> 無	シフト	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( <input type="checkbox"/> 2交代 <input type="checkbox"/> 3交代 <input type="checkbox"/> その他)
	窓口	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	職種* (直近)	<input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> サービス <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 農林漁業 <input type="checkbox"/> 接客 <input type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 軽作業 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	社内相談歴	<input type="checkbox"/> 有 (だれに: ) <input type="checkbox"/> 無		
産業医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
コメント* 相談内容	*項目は必須			

【申込先】独立行政法人労働者健康安全機構 新潟産業保健総合支援センター



025-227-4412



[sanpo@nigatas.johas.go.jp](mailto:sanpo@nigatas.johas.go.jp)

※FAX またはメールによる申込書受領後に、当センターよりご連絡いたします。