**治療と仕事の両立支援の検討会記録**

検討会　開催日時　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　）　　時　　　分～　　　時　　　分

場　　所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. |  | 所　属 |  |
| 氏　 名 | （男・女） | 生年月日 （年齢） | 年　　　月　　 日（満 　 　歳） |
| 入社年月日（勤続） | 年　　 月　 　日（　 年 　月） |
| 検討会メンバー（　　　）に出席者  氏名を記入 | 本人（　　　　　　　　　　　 　　）　 　　所属長　　　（　　　　　　　　　　　　 　 　）  産業医（　　　　　　　　　 　　　　　）　　　　衛生管理者　（　　　　　　　　　 　　　　 ）  人事部長（　　　　　　　　　　　　　　 　）　　人事担当者（　　　　　　　　　　　　　　　）  保健師・看護師（　　　　　　 　　　　 　 ）　労務課長（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 主治医による意見　　　　　　　　( 　年　　月　 日） | 医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）　　主治医（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 就業継続の可否　【　可　・　否　・　条件付（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　】 | | |
| 主治医意見書の添付　【　有　・　無　】　※同行受診の場合は注意事項を以下に記載 | | |
| 産業医による意見　　　　　　　　( 　年　　月　 日） | 産業医（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 就業継続の可否　【　可　・　否　・　条件付　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　】 | | |
| 産業医意見書の添付　　【　有　・　無　】　※産業医出席の場合は内容を以下に記載 | | |
| 両立支援に関する本人の希望 | （就業職場、就労条件、業務内容など） | | |
|  | | |
| 現状の評価と  問題点 | （１）治療状況及び回復状況 | | |
|  | | |
| （２）業務遂行能力（業務能力、集中力、勤務意欲、安全な通勤の確保など） | | |
|  | | |
| （３）業務及び職場との適合性（業務と本人の能力・意欲・関心との適合性、人間関係など） | | |
|  | | |
| （４）職場における支援準備状況 | | |
|  | | |
| （５）その他考慮すべき事項　（他の疾患、家族の状況、通勤方法、通院治療、副作用など） | | |
|  | | |
| 就業継続の可否 | 【 可　・　否　・ 条件付　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　】 | | |
| 職場での  配慮事項 |  | | |