

# リワークプログラム 情報シート

記入日 年 月 日

名前

ご記入された個人情報は、復職に向けた当医療機関内での今後のサポートのために使用いたします。

## 職歴について

|                              |         |    |    |     |
|------------------------------|---------|----|----|-----|
| 会社の業種                        | 現在の仕事内容 |    |    |     |
| 部署名                          |         |    |    |     |
| 役職名                          |         |    |    |     |
| 部署異動経験 (ある・ない)               |         |    |    |     |
| 異動歴 (異動経験がある方、部署名、勤務地、期間を記入) |         |    |    |     |
| 部署名                          | 勤務地     | 期間 |    |     |
|                              |         | 年  | 月～ | 年 月 |
|                              |         | 年  | 月～ | 年 月 |
| 職歴 (前職がある方、会社名、在籍期間を記入)      |         |    |    |     |
| 会社名                          | 勤務地     | 期間 |    |     |
|                              |         | 年  | 月～ | 年 月 |
|                              |         | 年  | 月～ | 年 月 |
|                              |         | 年  | 月～ | 年 月 |

## 会社との連携について

|                                 |                       |    |
|---------------------------------|-----------------------|----|
| 産業医 いる (氏名 ) ・いない               | 人事氏名                  | 役職 |
| 保健師 いる (氏名 ) ・いない               | 復職に際する異動 (希望・希望していない) |    |
| 社内カウンセラー いる (氏名 ) ・いない          |                       |    |
| 上司氏名                            | 役職                    |    |
| リハビリ勤務・試し出勤・ならし出勤などの職場の復帰支援システム |                       |    |
| (ある・ない・わからない)                   |                       |    |

## 休職・病欠状況について

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| 今回職場に行けなくなったのは                           | ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日頃から        |
| 現在は                                      | (休職中・休職外の休み)                |
| 休職中の方へ                                   | 休職開始は ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日から   |
|  | 休職最終期限は ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日まで |
|  | わからない                       |
|  | 現時点での休職診断書期限は               |
|  | ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日まで         |
|  | 休職は今回が (初めて・ 回目)            |
| 今回に限らず不調で職場に行けなくなった経験 (休職、病欠等) が (ある・ない) |                             |
| あるに○を付けた方、職場に行けなかった時期を記入                 |                             |
| 休職/病欠                                    | 期間                          |
|  | 年 月～ 年 月                    |
|  | 年 月～ 年 月                    |
|  | 年 月～ 年 月                    |

※裏面もあります

健康状態について

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 他診療科で治療中の疾患                          | ある ( ) ・ ない   |
| あると○を付けた方                            | 通院頻度 ( ) 週間に ( ) 回                                      |
| リワーク参加における運動制限がある場合、具体的に記入下さい<br>( ) |   |
| 食物アレルギー                              | ある ( 品目 ) ・ ない  |
| たばこ                                  | 吸う ( 1日あたり 本 ) ・ 吸わない                                   |
| 飲酒                                   | 飲酒 ( 飲む ・ 飲まない )<br>頻度 ( 毎日/週に 回 / 月に 回 )<br>1回の飲酒量 ( ) |

当てはまる ⇄ 当てはまらない

|                      |    |                                     |   |   |   |   |
|----------------------|----|-------------------------------------|---|---|---|---|
| 基本的<br>生活習<br>慣      | 1  | 起床・就寝時間は一定である                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
|                      | 2  | 睡眠時間は十分に確保できている (寝付けない・途中で起きるなどはない) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|                      | 3  | 日中に眠気はない                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
|                      | 4  | 食事はとれている                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
|                      | 5  | 買い物、受診、旅行など必要な外出ができる                | 1 | 2 | 3 | 4 |
|                      | 6  | 外出しても翌日に疲れが残らない                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
|                      | 7  | 身だしなみは整っている                         | 1 | 2 | 3 | 4 |
|                      | 8  | 平日に活動して疲労があっても、週末に休養をとって回復できる       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 集中力・<br>持続力・<br>活動意欲 | 9  | 読書やPCなど、1時間程度継続して作業できる              | 1 | 2 | 3 | 4 |
|                      | 10 | 家事や外出などの計画・準備ができる                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
|                      | 11 | 家事や外出などを計画通り実行できる                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
|                      | 12 | 職場に戻って仕事をしたい                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| サポート                 | 13 | 家族は協力的である                           | 1 | 2 | 3 | 4 |
|                      | 14 | 家族に相談できる                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
|                      | 15 | 会社 (復職担当者・産業保健スタッフ・上司・同僚など) に相談できる  | 1 | 2 | 3 | 4 |
|                      | 16 | 主治医・医療スタッフに相談できる                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
|                      | 17 | 友人に相談できる                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
|                      | 18 | 社会資源 (市役所や公的機関の相談窓口や制度など) を活用できる    | 1 | 2 | 3 | 4 |

リワークについて ( 週4日参加希望 ・ 週2日参加希望 ・ 不明 )

ご記入いただきありがとうございます。この用紙は、受付にお渡しください。