リワークプログラム　情報シート

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。

記入日　　年　　月　　日　　名前

緊急連絡先　　ご本人　携帯(　　ー　　ー　　)
家族　続柄　　(　　ー　　ー　　)

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）

※裏面もあります

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）

あるに〇を付けた方、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

今回、職場に行けなくなった背景・要因として該当するものに〇を付けて下さい（複数回答可）

a.仕事が多すぎた　b.仕事を溜めてしまった　c.業務が理解できなかった　d.残業が多かった

e.仕事を頑張りすぎた　f.上司との人間関係　g.同僚との人間関係　h.部下との人間関係

i.顧客との人間関係　j.仕事上のミス（失敗）　k.自分が周りに相談できなかった

l.自分が周りとコミュニケーションをとれなかった　m.職場で孤立していた

n.以前から困ったことがあるとすぐに休んでしまう　o.仕事へのやりがいが持てない

p.職場に対する不満　q.パワーハラスメント　r.セクシャルハラスメント　s.家庭内の悩み

t.身体疾患・病気（疾患名：　　）　u.事故（具体的に　　）

v.その他（　　）

今回職場に行けなくなった経緯

（時期、仕事内容、関わっている人物、症状、気持ち、体調など具体的に記入して下さい）

健康状態について

他診療科で治療中の疾患	ある（　　）・ない	
あると〇を付けた方	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		
（　　）		
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）	
	頻度（毎日/週に　　回　/　月に　　回	
	1回の飲酒量	

リワーク利用時の参加日数の希望　（　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した。この用紙は、受付にお渡しください。