

治療と仕事の両立支援 相談申込書

【病院対応者 記入欄】

申込日	年 月 日 ()	相談回数	初回 ・ ()回目
相談予定日時	年 月 日 ()	時 分	～

【相談者記入欄：太枠内をわかる範囲・差し支えない範囲でご記入ください】

ふりがな				匿名	年齢	性別
氏名				<input type="checkbox"/> 希望	歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
連絡先 (電話番号)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他()			来所者 ※相談者本人以外 の場合	氏名	
	— —				連絡先	
					相談者との関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()
入院・通院 の状況	〔病院名〕			<input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定日 年 月 日 ・ 未定)		
				<input type="checkbox"/> 通院治療中 (通院の頻度)		
				<input type="checkbox"/> 経過観察中 (通院の頻度)		
※相談内容を病院へ提供 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ※相談お申込み病院が、かかりつけ病院の場合に限る						
勤務先等 の情報	〔会社名〕	〔事業規模〕	〔職種〕 例:事務職	〔雇用形態〕 例:パート		
				人		
現在の 就労状況	<input type="checkbox"/> 就労継続中					
	<input type="checkbox"/> 休職中 (<input type="checkbox"/> 年休 <input type="checkbox"/> 傷病休暇 年 月 日～ 年 月 日)					
健康保険 の情報	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)		<input type="checkbox"/> 健康保険組合()			
	<input type="checkbox"/> 被扶養者		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> その他()			
相談したい 内容	<input type="checkbox"/> 病気・治療に関する事			<input type="checkbox"/> 利用可能な支援制度に関する事		
	<input type="checkbox"/> 休職に関する事			<input type="checkbox"/> 両立支援の進め方に関する事		
	<input type="checkbox"/> 復職に関する事			<input type="checkbox"/> 主治医の意見書に関する事		
	<input type="checkbox"/> 治療中の働き方に関する事			<input type="checkbox"/> 仕事に関する情報の提供書に関する事		
	<input type="checkbox"/> メンタルヘルスに関する事			<input type="checkbox"/> 人事労務担当者等との調整方法に関する事		
	<input type="checkbox"/> 職場への報告方法に関する事			<input type="checkbox"/> その他()		

※この用紙に記載された個人情報は、治療と仕事のための両立支援事業の目的以外には使用いたしません。

鹿児島産業保健総合支援センター 記入欄

相談日時	相談場所	相談方法	促進員	病院対応者
年 月 日 時 分～ 時 分		面談 ・ 電話 その他()		

【お問合せ先】 鹿児島産業保健総合支援センター
 <<電話>>099-252-8002 <<FAX>>099-252-8003