

情報共有シート

作成日 年 月 日

氏名			生年月日	年 月 日 (歳)			
住所	〒 [最寄り駅 線 駅]			連絡先			
事業所名				所属部署・役職	休職前		
					現在		
事業内容 従事業務							
勤務地	〒 [最寄り駅 線 駅]			通勤時間	移動手段 : 時間 分		
勤務日数	週 日	勤務時間	: ~ :				
通院先			主治医		通院頻度		
休職原因以外の 疾患	有 [疾患名]		[症状]				
	無						
事業所 担当者	窓口の優先順位		氏名・役職	連絡先	健康情報の開示	備考	
	人事担当				可・否		
	健康管理スタッフ				可・否		
	上司				可・否		
	産業医				可・否		
	その他				可・否		
休業開始日	年 月 日	現在の状況	有給休暇・病気欠勤・休職・その他()				
事業主の定める 休職期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 ヶ月間)			休職回数	回目		
休職中の収入	傷病手当金 : 有・無 (受給期間 年 月まで)				計 : 休職前の収入の %		
	その他の補償 :						
事業主の 職場復帰に 対する考え	リワーク利用	推奨・どちらでも	リワーク報告会	要・不要			
	生活記録表	推奨・どちらでも		中間・終了			
	試し出勤	必須・必須ではない		制度名			
		休職扱い・復職後		賃金	有・無		
その他							
本人の 職場復帰に 対する考え	希望する復職時期	年 月 頃					
	希望する復職部署	元の部署・配置転換・会社に一任・その他()					
	希望する業務内容						
	出勤の調整希望	出勤日数 : 週 日から					
		就業時間 : 1日 時間から					
その他							

	事業主の考え		本人の希望	
			配慮を希望する	いつ頃まで
就業上の配慮 (可能なものに○)		時間外勤務 (禁止 ・ 制限 時間)		
		勤務体制の変更		
		休日出勤 (禁止 ・ 制限)		
		出張 (禁止 ・ 制限)		
		交替勤務 (禁止 ・ 制限)		
		就業時間短縮 (遅刻 ・ 早退 時間)		
		配置転換・異動		
		作業変更		
	その他			
職場復帰可否 の判断基準	[例] 十分な就労意欲がある、安全に通勤できる、疲労が翌日までに回復する、日中の眠気がない、業務遂行に必要な注意力や集中力が回復している、就業時間以上の日中活動ができる。			
備考				