

就労に関する問診票

当院では就労支援に関してサポートを行っております。その一環として、お仕事に関する内容やご不安な点などを伺わせてください。 現状の分かる範囲で結構ですので、ご協力をお願い致します。

- 【留意事項】
- ・本問診票に関する情報につきましては「個人情報保護法」に基づき当法人のみで管理し、就労のサポート以外の目的では使用致しません。
  - ・ **本人の許可を得た上で**退院後の就労が円滑に行えるよう就労相談支援機関や就労支援事業所等に内容を伝達することがございます。

患者氏名

記載日：年 月 日

記載者：

- 【アンケート】
- ・ 復職、または新規就労に向けて、支援のご希望がありますか？（ご希望の変更は随時可能です。職員までお申し付けください）
    - ☐ 希望する 下記の質問の回答をお願いいたします
    - ☐ 状況によっては希望する 下記の質問の回答をお願いいたします
    - ☐ 今は希望しない 下記の質問への回答は結構です

現在の職場について

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                    |                                                                                                                          |  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 会社名                                           |                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                    | 部署                                                                                                                       |  |
| 職場連絡                                          | 担当者(役職)                                                                                                                                                                                                                                                | ( ) | 担当連絡先              | 電話・メール( )                                                                                                                |  |
| 勤務時間                                          | ( : ~ : )                                                                                                                                                                                                                                              |     | 勤務日数               | 日/週                                                                                                                      |  |
| 勤務年数                                          | <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1年以上5年未満 <input type="checkbox"/> 5年以上                                                                                                                                                          |     | 医療費                | <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他 |  |
| 会社に確認した事                                      | <input type="checkbox"/> 休みについて <input type="checkbox"/> 就業規則について <input type="checkbox"/> 復帰について <input type="checkbox"/> うまく連絡できていない                                                                                                                 |     |                    |                                                                                                                          |  |
| 通勤手段(片道)                                      | <input type="checkbox"/> 徒歩 ( ) 分 <input type="checkbox"/> 電車 ( ) 分 (座れる/座れないこともある) <input type="checkbox"/> バス ( ) 分 (座れる/座れないこともある)<br><input type="checkbox"/> 車 ( ) 分 <input type="checkbox"/> 自転車 ( ) 分 <input type="checkbox"/> その他 ( )          |     |                    |                                                                                                                          |  |
| 主な仕事内容<br><br>あてはまるものに「✓」を記入してください<br>(複数回答可) | <input type="checkbox"/> 立ち仕事がある <input type="checkbox"/> デスクワークがある <input type="checkbox"/> 力を必要とする作業がある <input type="checkbox"/> 細かい作業がある                                                                                                            |     |                    |                                                                                                                          |  |
|                                               | <input type="checkbox"/> 一人での作業が多い <input type="checkbox"/> 複数人で動くことが多い<br><input type="checkbox"/> パソコンを使用する <input type="checkbox"/> 電話を使用する <input type="checkbox"/> 対人業務(接客、営業 等)<br><input type="checkbox"/> 金銭の管理(販売、経理、会計)をする場面がある<br>その他(自由記載) |     |                    |                                                                                                                          |  |
| 職場環境<br><br>あてはまるものに「✓」を記入してください<br>(複数回答可)   | <input type="checkbox"/> 屋内の仕事が多い <input type="checkbox"/> 屋外の仕事が多い <input type="checkbox"/> 屋内外両方の仕事をする <input type="checkbox"/> 階段を使用する場面がある                                                                                                         |     |                    |                                                                                                                          |  |
|                                               | <input type="checkbox"/> 車の運転が必要なことがある <input type="checkbox"/> 自分のタイミングで休憩をとることができる<br>その他(自由記載)                                                                                                                                                      |     |                    |                                                                                                                          |  |
| 心境<br><br>あてはまるものに「✓」を記入してください<br>(複数回答可)     | (本人) <input type="checkbox"/> ゆっくりして仕事に戻りたい <input type="checkbox"/> 徐々に仕事に復帰したい <input type="checkbox"/> 退院後すぐに仕事に戻りたい                                                                                                                                |     |                    |                                                                                                                          |  |
|                                               | <input type="checkbox"/> 今仕事の事は考えることができない <input type="checkbox"/> 新しい仕事について考えたい                                                                                                                                                                       |     |                    |                                                                                                                          |  |
|                                               | (家族) <input type="checkbox"/> リハビリを優先して仕事に戻りたい <input type="checkbox"/> 徐々に仕事に戻ってほしい <input type="checkbox"/> 本人の希望に合わせて復帰してほしい<br><input type="checkbox"/> 日常生活のことを考えてほしい <input type="checkbox"/> 新しい仕事について考えたい                                      |     |                    |                                                                                                                          |  |
| その他                                           | 産業医を知っていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                  |     |                    |                                                                                                                          |  |
|                                               | ジョブコーチ(職場適応援助者)を知っていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                      |     |                    |                                                                                                                          |  |
| 気になること、不安なこと(本人)                              |                                                                                                                                                                                                                                                        |     | 気になること、不安なこと(家族など) |                                                                                                                          |  |
|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                    |                                                                                                                          |  |
|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                    |                                                                                                                          |  |
|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                    |                                                                                                                          |  |

その他何かございましたらご記入ください：