

指導管理箋

労働者災害補償保険

第 回 目

氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	男・女
負傷又は 発病年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	傷病名		
休業前の 職種		<input type="checkbox"/> 深夜勤 有・無	<input type="checkbox"/> 復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他()	

就労に当たって必要な指導事項

- 1 職務内容変更の必要性
 ①あり(理由:) ②なし
- 2 作業制限の必要性(職務内容変更ありの場合、作業制限の有無)
 ①軽作業可 ②一般事務可 ③肉体労働の制限 ④普通勤務可 ⑤その他()
 (①～③の場合その期間(推定))
 令和 年 月 頃まで
- 3 勤務時間調整の必要性
 ①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし
 *②なしの場合、時間外勤務調整の必要性
 ①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし ③深夜勤不可
- 4 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性
 ①あり(制限()・禁止) ②なし
- 5 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性
 ①あり() ②なし
- 6 対人業務の制限の必要性
 ①あり() ②なし
- 7 その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について
 (例:職責の大きさ、労働密度、職場での人間関係)
 ()

就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項

- 1 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項
 ()
- 2 今後の療養の予定
 月に 回程度の診療予定

令和 年 月 日

所在地 _____

病院又は _____

名称 _____

診療所の 医師名 _____ ㊞

(注) この指導管理箋は、入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を2か月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者に対し、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載するものです。

労働者災害補償保険		指導管理箋(産業医提出用)			第 回目
氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	男・女
休業前の 職種		<input type="checkbox"/> 深夜勤 <input type="checkbox"/> 有・無	復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他()	
病名	(1.) (2.)				
発症(受傷)年月日	(年 月 日・不明)		初診年月日	(年 月 日)	
初診時症状	〔 〕				
入院	(年 月 日)		～	(年 月 日)	
通院	(年 月 日)		～	(年 月 日)	
病状経過	(①不変・②改善傾向・③軽快・④寛解・⑤その他())				
現在の症状	〔 〕				
現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項					
今後の治療予定 (①入院・②入院及び通院・③通院・④治療不要)					
入院	(年 月 日)		～	(年 月 日)	
通院	(年 月 日)		～	(年 月 日)	
症状固定の見込み	年 月頃		1月に 回程度		
就労に当たって勤務内容に対する意見					
1	勤務可能(条件なし)				
2	勤務可能(条件あり) [条件のある期間 令和 年 月頃まで]				
ア	職務内容の変更 不要・要				
イ	作業内容の制限 不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他())				
ウ	時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)				
エ	遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)				
オ	自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限 不要・要(特記事項:)				
カ	対人業務の制限 不要・要(特記事項:)				
キ	その他勤務内容に対する意見(例:職責の大きさ、労働密度、職場での人間関係) ()				
就労に当たって必要な職場での留意点					
上記のとおり診断します。					
令和 年 月 日	所在地		病院又は		
	名称		診療所の		
	医師名		Ⓢ		

労働者災害補償保険		指導管理箋			第 回目
氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	男・女
負傷又は 発病年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	傷病名		
休業前の 職種		〔深夜勤 有・無〕	復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他()	
就労に当たって必要な指導事項					
1 職務内容変更の必要性 ①あり(理由:) ②なし					
2 作業制限の必要性(職務内容変更ありの場合、作業制限の有無) ①軽作業可 ②一般事務可 ③肉体労働のみ制限 ④普通勤務可 ⑤その他() 〔 ①～③の場合その期間(推定) 〕 令和 年 月 頃まで					
3 勤務時間調整の必要性 ①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし *②なしの場合、時間外勤務調整の必要性 ①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし ③深夜勤不可					
4 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性 ①あり(制限()・禁止) ②なし					
5 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性 ①あり() ②なし					
6 その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について 〔 〕					
就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項					
1 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項 〔 〕					
2 今後の療養の予定 月に 回程度の診療予定					
令和 年 月 日			所在地		
			病院又は		
			名称		
			診療所の		
			医師名		
⑩					
(注) この指導管理箋は、入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を2か月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者に対し、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載するものです。					

労働者災害補償保険		指導管理箋(産業医提出用)			第 回目
氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	男・女
休業前の 職種		(深夜勤 有・無)	復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他()	
病名	(1.) (2.)				
発症(受傷)	年月日 (年 月 日・不明) 初診年月日 (年 月 日)				
初診時症状	〔 〕				
入院	(年 月 日) ~ (年 月 日)				
通院	(年 月 日) ~ (年 月 日)				
病状経過	(①不変・②改善傾向・③軽快・④寛解・⑤その他())				
現在の症状	〔 〕				
現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項					
今後の治療予定 (①入院・②入院及び通院・③通院・④治療不要)					
入院	(年 月 日) ~ (年 月 日)				
通院	(年 月 日) ~ (年 月 日) 1月に 回程度				
症状固定の見込み	年 月頃				
就労に当たって勤務内容に対する意見					
1	勤務可能(条件なし)				
2	勤務可能(条件あり) [条件のある期間 令和 年 月頃まで]				
ア	職務内容の変更 不要・要				
イ	作業内容の制限 不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他())				
ウ	時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)				
エ	遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)				
オ	自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限 不要・要(特記事項:)				
カ	その他勤務内容に対する意見 ()				
就労に当たって必要な職場での留意点					
上記のとおり診断します。					
令和	年	月	日	所在地	
				病院又は	
				診療所の	
				医師名	㊞

労災リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女		年生 () 歳	計画評価実施日	年	月	日
リハ担当医		PT	OT	ST			
原因疾患(発症・受傷日)			合併疾患・コントロール状態(高血圧, 心疾患, 糖尿病等)				

評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)														
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT:)				<input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(□構音障害, □失語症:種類) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧:									
	基本動作 <input type="checkbox"/> 立位保持(装具:) □手放し, □つかまり, □不可 <input type="checkbox"/> 平行棒内歩行(装具:) □独立, □一部介助, □非実施 <input type="checkbox"/> 訓練室内歩行(装具:) □独立, □一部介助, □非実施													
活動	自立度		日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」				訓練時能力:「できる“活動”」							
	ADL・ASL等		自	監	一	全	非	使用用具; 姿勢・実行場所	独	監	一	全	非	使用用具; 姿勢・
			立	視	助	助	施	杖・装具 介助内容 等	立	視	助	助	施	杖・装具 介助内容 等
	屋外歩行													
	病棟トイレへの歩行													
病棟トイレへの車椅子駆動														
車椅子・ベッド間移乗														
椅子座位保持														
ベッド起き上がり														
排尿(昼)														
排尿(夜)														
食事														
整容														
更衣														
装具・靴の着脱														
入浴														
コミュニケーション														
活動度		日中臥床: □無, □有(時間帯:)				理由 ()								
		日中座位: □椅子, □車椅子, □ベッド上, □ギャッチアップ												
参加	職業(□無職, □病欠中, □休職中, □発症後退職, □退職予定) これまでの職種・業種・仕事内容: これまでの通勤方法: 復職希望 □現職復帰 □転職 □その他: 経済状況:				社会参加(内容・頻度等, 発症前状況を含む。)									
目標	復職 □現職復帰 □転職 □不可 □その他: 仕事内容の変更 □無 □有: 通勤方法の変更 □無 □有: 職場復帰に向けた目標:				本人の希望									
					家族の希望									
方針					リハビリテーション終了の目安・時期									

具体的アプローチ

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-----------	---	---	---	-------	-------	--------

(記入上の留意点)
 1 「評価項目・内容」の「参加」欄の「これまでの職種・業種・仕事内容」、「これまでの通勤方法」、「復職希望」を記入すること。
 2 「目標」欄には、傷病労働者のこれまでの仕事内容、これまでの通勤方法、復職希望等を踏まえ、仕事内容及び通勤方法の変更の必要性を判断し、「職場復帰に向けた目標」を設定の上、記入すること。
 3 「具体的アプローチ」欄には、傷病労働者の「職場復帰に向けた目標」を踏まえ、業務内容・通勤方法等を考慮したアプローチ(キーボードの打鍵やバスへの乗車等)を記入すること。