

診 断 書

【本人記入欄（情報提供同意サイン兼）】（該当するものを○で囲んでください）

試し出勤は、病気休暇等期間中に職場に復帰するために所属する職場においてリハビリテーションを行うものです（第2条）
 試し出勤とは、職場に円滑に復帰できるよう、時間や作業等の負担を徐々に増やしていくものです。
 私は試し出勤を希望しているため、春日井市総務部人事課へ私の診療情報を提供することに同意します。

| | | |
|----------|-------------------------------|--------------------------|
| 職員番号 | 氏名 | 生年月日 年 月 日（ 歳） |
| 試し出勤について | 試し出勤する意志がありますか？ (はい ・ いいえ) | |
| 試し出勤期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | |
| | 希望スケジュール (1) | 年 月 日から 年 月 日 8時30分から まで |
| | (2) | 年 月 日から 年 月 日 8時30分から まで |
| | (3) | 年 月 日から 年 月 日 8時30分から まで |

【主治医記入欄】 該当箇所の□に✓及び記入をお願いします。

次は、診察結果及び本人が提示する「生活リズム記録表（第3号様式）」「家庭療養状況報告書（第4号様式）」の内容を判断の参考にしていただき、ご記入ください。

| | | | |
|--------------|--|-------------------------------|-------------------------------------|
| 病名 | ICD | | |
| 主治医意見 | <input type="checkbox"/> 試し出勤可能と考える | | <input type="checkbox"/> 療養の継続が望ましい |
| 現在までの経過 | | | |
| 現在の病状 | 試し出勤に影響を与える症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内服薬 試し出勤に影響を与える薬の副作用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| 休養を要する期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | |
| 休養中で試し出勤可能期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | |
| 試し出勤実施に際して | 1 本人の試し出勤希望の医学的妥当性 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 懸念あり |
| | 2 本人の治療への取り組み | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 懸念あり |
| | 3 自傷他害の恐れ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 上記の通り証明致します。 | | | |
| 年 月 日 | | 医療機関所在地 医療機関名 医師氏名 | |

産業医

生活リズム記録表

【記録する気分：】 1日の活動を記録し、その気分の程度を点数で書き込む（0～100）

所属

（職員番号

）氏名

睡眠時は赤枠で囲み、睡眠中に目が覚めたときは、×を記入する

| 日付(曜日) | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--------------|-----------|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|
| 月 日() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 気分の程度(0～100) | 【熟睡感:有・無】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 日() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 気分の程度(0～100) | 【熟睡感:有・無】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 日() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 気分の程度(0～100) | 【熟睡感:有・無】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 日() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 気分の程度(0～100) | 【熟睡感:有・無】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 日() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 気分の程度(0～100) | 【熟睡感:有・無】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 日() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 気分の程度(0～100) | 【熟睡感:有・無】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

家庭療養状況報告書【試し出勤前・復職前】

記入日 年 月 日

所属 (職員番号) 氏名

0. 前提（「はい」か「いいえ」に1つだけ○をつける）

- | | | | |
|------------------------------------|----|---|-----|
| 1 試し出勤または復職する主体的な意志はありますか？ | はい | ・ | いいえ |
| 2 試し出勤または復職することについて、主治医は同意していますか？ | はい | ・ | いいえ |
| 3 試し出勤をおこなうために、人事課で説明を受けることができますか？ | はい | ・ | いいえ |
- 説明希望日時 第一希望: 月 日 第二希望: 月 日

以下、チェックシートです。現在の状態を確認するため、正直に回答してください。

I 基本的な生活状況（当てはまる番号に1つだけ○をつける）

(1) 起床時刻

- 1: 始業時間に間に合うように起きられないことが、週に2回以上ある
- 2: 始業時間に間に合うように起きられないことが、週に1回程度ある
- 3: 始業時間に間に合うように自分できめた起床時刻どおりに起きることができる

(2) 食生活リズム及び必要性の理解

- 1: 起床・就寝時刻、食事時刻・回数等の生活リズムが安定しない状態である
- 2: 生活リズムは規則的とまでは言えないが、自分なりの生活リズムなので特に問題としては捉えていない
- 3: 安定継続的な就業を実現するうえで生活リズムが重要であることを理解し、規則正しい生活を心がけ、実践できている

(3) 戸外での活動、体力

- 1: 毎日2時間ぐらいは外出することができる
- 2: 毎日半日ぐらいは外出することができる
- 3: 毎日朝から夕方まで外出し行動することができる、いいかえれば、毎日問題なく1日7時間45分の業務を行う体力がある

II. 基本的な症状（当てはまる番号に1つだけ○をつける）

(1) 心身の症状による日常生活への支障

- 1: イライラ、やる気のなさ、頭痛、疲労感などにより日常生活に支障が出ることがある
- 2: イライラ、やる気のなさ、頭痛、疲労感などが時に見られるが、日常生活への支障はない
- 3: イライラ、やる気のなさ、頭痛、疲労感などはなく、勤務に支障を来すような症状はない

(2) 睡眠・眠気

- 1: 日中、頻繁に眠気や疲労感があり、ごくまれにであれ昼寝を要することがある
- 2: 日中、眠気はあるが、日常生活への影響は少ない
- 3: 日中、眠気はなく、またあったとしても勤務に支障を来すようなことはない自信がある

(3) 興味・関心

- 1: もともと興味・関心があったことの全部ではないが、一部に興味・関心を持っている
- 2: もともと興味・関心があったことに、ほぼ興味・関心をもつか、それ以外の事柄に興味・関心を持っている
- 3: もともと興味・関心があったことに加えて、それ以外の事柄にも興味・関心を持っている

(4) 社会性、他人（近所の人や知人）との交流

- 1: 話しかけられれば返事をするが、自分から話しかけることはない
- 2: 自分から話しかけるが、相手は既に知っている人に限られる
- 3: 初対面の人でも、必要な時は自分から話しかける

(5) 再発防止への心構え

- 1: 再発防止について自発的に考えることはないが、主治医や家族と話してアドバイスは受け入れる
- 2: 再発防止について自発的に考え、主治医や家族とよく話してアドバイスも受け入れる。薬を中断することもない
- 3: 再発防止について自分の性格や仕事のやり方を振り返り、具体的な対策を主治医や家族と積極的に話し合っている

(6) 悲観的な考え

- 1: 死にたい気持ちがあり、自殺について具体的に考えることがある
- 2: 普段は死にたいと思わないが、頭のすみに自殺についての考えが残っている
- 3: 死は解決にならないので自殺について考えることはなく、今後そんな考えが浮かんだら速やかに専門家に相談する

試し出勤または復職にあたり、心配や不安はありますか？

上記の対策はありますか？

Ⅲ. 仕事に関係すること（当てはまる番号に1つだけ○をつける）

(1) 職場人間関係への準備

- 1: 上司や同僚に話しかけられれば返事はできるが、自ら話しかけることに抵抗がある
- 2: 上司や同僚に自ら話しかけることはできるが、相手は特定の人に限られる
- 3: 上司や同僚の誰に対しても、対面・非対面の接触到抵抗はなく、仕事の話に齟齬をきたすことがないように努める

(2) 業務への準備

- 1: 仕事に戻るため、体力づくりや通勤練習をしているが、業務遂行に関する準備は具体的にしていない
- 2: 仕事に戻るため、業務に関する情報収集や、作業能力向上のための具体的な準備をしている
- 3: 仕事に戻るための業務に関する情報や作業能力の準備が完了し、体力も含め、すぐにでも仕事を開始できる

(3) 集中力

- 1: 物事に対して、集中力や途切れがあり、最後までやり遂げることができない
- 2: 物事に対して、集中力や途切れはあるが、最後まで行うことができる
- 3: 物事に対して、集中力や途切れはなく、継続して最後まで行うことができる

(4) 市民からかかってきた電話への対応

- 1: 誰からかかってきたかわからないので、取ることができないと思う
- 2: なるべく取りたくないが、誰もでなかったらしぶしぶ出ると思う
- 3: 3回程度のコールで自然に取ることができ自信がある

(5) 役割行動

- 1: 自分の役割の認識が難しく、同僚や上司の指摘・助言・指導があっても、何をしたらよいのかわからないかもしれない
- 2: 自分の役割は認識でき、同僚や上司の指摘・助言・指導があれば、必要な行動がとれる
- 3: 自分の役割を自ら適切に認識でき、自発的にそれに応じた行動がとれる

(6) 対処行動

- 1: 問題が発生した時に自分だけで対応できず、上司や同僚に助言・指導を求めることもできず、問題解決できない
- 2: 問題が発生した時、上司や同僚に助言・指導を求めることはできるが、問題を解決することができないことがある
- 3: 問題が発生した時に自己努力をした上で、上司や同僚に助言・指導を求め、問題を解決することができる自信がある

(7) 適切な自己主張

- 1: 依頼されたことに対して、自分の考えや気持ちは表現できないが断ることはできる
- 2: 依頼されたことに対して、自発的に自分の考えや気持ちは表現できるが、相手との関係性を考慮できない
- 3: 依頼されたことに対して、相手との関係性を損なうことなく、自発的に自分の考えや気持ちを表現しながら断ることができる

(8) 不快な行為に対する対処

- 1: 自分に対して不快な行為をされなくても、攻撃的な自己主張、強い非難、長々と話すなどの行為をしてしまう
- 2: 自分が不快な行為を受けなければ、攻撃的な自己主張、強い非難、長々と話すなど、相手に不快な事はしない
- 3: 自分が不快な行為を受けても、攻撃的な自己主張、強い非難、長々と話すなど、相手に不快な事はしない自信がある

(9) 注意や指摘への反応

- 1: 上司や同僚からの注意や指摘を理解できるが、内省や行動変容もできない
- 2: 上司や同僚からの注意や指摘を理解して内省できるが、行動変容まではできない
- 3: 上司や同僚からの注意や指摘を理解して内省できるが、行動変容ができる

(10) 業務遂行力

- 1: 以前の仕事に戻るとして、職場から求められる水準の6割程度は達成できると思う
- 2: 以前の仕事に戻るとして、職場から求められる水準の8割程度は達成できると思う
- 3: 以前の仕事に戻り、職場から求められる水準を達成できる

Ⅳ. 自己管理のこと（当てはまる番号に1つだけ○をつける）

(1) 職場への感情のコントロール

- 1: 「職場や仕事のせい」という思いがあり、思い出すと時々気持ちが不安定になる
- 2: 「職場や仕事のせい」という思いがあっても、他人の意見を聞いたりして自分を振り返ることができる
- 3: 「職場や仕事のせい」という思いはないか、あったとしても自分で自分を振り返り気持ちを安定することができる。

(2) ルールや秩序の遵守、協調性

- 1: 調子が悪い時に、遅刻したり、社会のルールや仕事の約束を守れず迷惑をかける事は、病気なら仕方がないと思う
- 2: 集団の課題を理解して業務を行い、ルールを順守して自分勝手な行動はしないが、時々周囲に合わせるができない
- 3: 今後は、常に集団の課題を理解して業務を行い、ルールを遵守して自分勝手な行動はしない自信がある

(3) 服薬

- 1: 復帰後は、できるだけ早く服薬は止めたいと思っている
- 2: 飲み忘れは月に数回あるが、薬を飲むことの重要性は認識している
- 3: 服薬を継続することの必要性を理解しており、復帰後も飲み忘れることもほとんど無い自信がある

(4) 通院

- 1: 復帰したら、できるだけ、病院には行きたくない
- 2: 復帰後も、自分から受診するが、主治医とよく相談できるか分からない
- 3: 復帰後も、定期的に受診し、自傷他害等の気持ちが生じたときには臨時で受診し、相談するつもりである。

業務計画表及び評価表（所属長用）（試し出勤中・勤務軽減中）

所属 課 職員番号() 氏名

| 日 時(曜日) | 実施予定内容 | 実施内容 | 課 題 |
|--|--------|------|-----|
| 第 1 週 月 日()から 月 日()まで : ~ : | | | |
| 第 2 週 月 日()から 月 日()まで : ~ : | | | |
| 第 3 週 月 日()から 月 日()まで : ~ : | | | |
| 第 4 週 月 日()から 月 日()まで : ~ : | | | |
| 第 週 月 日()から 月 日()まで : ~ : | | | |

(参考)通常勤務の目安

- 【労務基準】服務規程どおり働けるまでに回復している
- 【業務基準】元の職場で以前と同じ仕事ができるまでに回復している
- 【健康基準】仕事を続けられる健康状態を保っていただける

春日井市長

業務計画表及び評価表（本人用）（試し出勤中・勤務軽減中）

所属 課 職員番号() 氏名

| 日 時(曜日) | 実施予定内容 | 実施内容 | 気付き・課題 |
|-----------------|--------|------|--------|
| 月 日() : ~ : | | | |
| 月 日() : ~ : | | | |
| 月 日() : ~ : | | | |
| 月 日() : ~ : | | | |
| 月 日() : ~ : | | | |
| 月 日() : ~ : | | | |
| 月 日() : ~ : | | | |
| 月 日() : ~ : | | | |

* 職場に来ていない日も記載してください。休んだ日は理由を記載し、土・日・祝日は日時(曜日)欄以外は空欄でよい。

* 職場に来た日は、時間内に記入し、所属長に提出し確認を受けてください。

(参考)通常勤務の目安

【労務基準】服務規程どおり働けるまでに回復している

【業務基準】元の職場で以前と同じ仕事ができるまでに回復している

【健康基準】仕事を続けられる健康状態を保っていただける

診 断 書

【本人記入欄（情報提供同意サイン兼）】（該当するものを○で囲んでください）

私は復職を希望しているため、春日井市総務部人事課へ私の診療情報を提供することに同意します。

| | | | | | | |
|--------|--|------|---|---|---|------|
| 職員番号 | 氏名 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | （ 歳） |
| 復職について | 復職する意志がありますか？ （はい ・ いいえ） | | | | | |
| | 元の職場で職位レベル相当の仕事の質・量・効率で働く意志はありますか？ （はい ・ いいえ） | | | | | |
| | 健康上の理由で、遅刻・早退等勤怠上の問題を生じない自信がありますか？ （はい ・ いいえ） （当日連絡の休暇申請など、同僚に負担のかかる懸念のあるような休暇申請をしないことを含む） | | | | | |

【主治医記入欄】 該当箇所の□に✓をお願いします。

以下は、診察結果及び本人が提示する「家庭療養状況報告書（第4号様式）」の内容を判断の参考にしていただき、ご記入ください。

| | | | | | |
|--|---|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 病名 | ICD | | | | |
| 主治医意見 | <input type="checkbox"/> 復職可能と考える | | <input type="checkbox"/> 療養の継続が望ましい | | |
| *なお、上記の意見と下記の個別の評価について不整合があると判断される場合については、原則として再度確認ができるまでの間については、復帰判定については保留にするものとします。 | | | | | |
| 回復レベル | <input type="checkbox"/> 軽快（病前8割以上） <input type="checkbox"/> 改善傾向（病前8割未満） <input type="checkbox"/> 症状固定、回復見込み不明（ 割程度） | | | | |
| 心身の状態 | 業務に影響を与える症状および薬の副作用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *「あり」の場合、業務上に必要な配慮内容をご記入ください。 なお、この場合に配慮可能な内容は、あくまでも合理的配慮に関するものであり、主要業務に関して多大な配慮が必要となるものを除きます。 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div> | | | | |
| 復職の目安 | 1 本人の復職希望の医学的妥当性 | <input type="checkbox"/> 問題なし | | <input type="checkbox"/> 懸念あり | |
| | 2 本人の治療への取り組み | <input type="checkbox"/> 問題なし | | <input type="checkbox"/> 懸念あり | |
| | 3 自傷他害の恐れ | <input type="checkbox"/> なし | | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 4 週5日定時勤務 | <input type="checkbox"/> 可能 | | <input type="checkbox"/> 不可能の可能性あり | |
| | 5 配慮期間（通常1ヶ月間）後の残業制限解除 | <input type="checkbox"/> 可能 | | <input type="checkbox"/> 不可能の可能性あり | |
| | 6 通常勤務6ヶ月間以上の継続 | <input type="checkbox"/> 継続可能 | | <input type="checkbox"/> 継続不可能の可能性あり | |
| 上記の通り証明致します。 | | | | | |
| 年 月 日 | | 医療機関所在地 | | | |
| | | 医療機関名 | | | |
| | | 医師氏名 | | | |