

## リワークプログラム CRESS 受付票

担当スタッフ

記入日： 年 月 日

ご記入された個人情報は、復職に向けた当医療機関内での今後のサポートのために使用されるものです。ご安心してご記入下さい。

ふりがな	西暦
氏名：	昭和 年 月 日生（満 歳）
	平成
〒 ー 現住所：	固定電話番号：
	携帯電話番号：
会社名：	勤務地住所：
( )年( )月入社	通勤所要時間( )分

## I. 職歴に関する質問

① 会社の業種：	⑥ 現在の仕事内容：
② 部署名：	
③ 役職名：	
④ 部署異動経験： (ある / ない)	⑦ 最終学歴 (学校・大学名)：
⑤ 異動歴 (異動経験がある場合、部署名と勤務地と期間を記入)	( )年( )月卒業・修了・退学・中退
【部署名】 【勤務地】 【期間】	⑧ 職歴 (前職がある場合、会社名と在職期間を記入)
	【会社名】 【勤務地】 【期間】
	年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月

## II. 休職・病欠状況の質問

① 今回、職場に行けなくなったのは、 ( )年( )月( )日頃から。	⑧ ⑦で「ある」に○を付けた方は、職場に行けなかった時期を以下に記入。 【休職 / 病欠】 【期間】
② 現在は、(休職中 / 休職以外の休み)。	年 月～ 年 月
③ [休職中の方へ] 休職開始は、 ( )年( )月( )日から。	年 月～ 年 月
④ [休職中の方へ] 休職最終期限は、 ( )年( )月( )日まで。 / わからない。	年 月～ 年 月
⑤ [休職中の方へ] 現時点での休職診断書の期限は、 ( )年( )月( )日まで。	年 月～ 年 月
⑥ [休職中の方へ] 休職は今回が(初めて / 回目)。	年 月～ 年 月
⑦ 今回に限らず不調で職場に行けなくなった経験 [休職・病欠等] が、 (ある / ない)。*前職で職場に行けなくなった経験がある場合も、「ある」に○。	年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月

## III. 会社との連携に関する質問

① 産業医：(いる [氏名： ] / いない)	⑤ 人事氏名： [役職： ]
② 保健師：(いる [氏名： ] / いない)	⑥ 復職に際する異動：(希望している / 希望していない)
③ 社内カウンセラー：(いる [氏名： ] / いない)	⑦ リハビリ勤務・試し出勤・ならし勤務等の職場の復職支援システム： (ある / ない / わからない)
④ 上司氏名： [役職： ]	

## IV. 治療歴に関する質問 (当院以外の方は、全てに回答して下さい。当院受診の方は、①と⑧と⑩に回答して下さい。)

① 受診医療機関：(当院 / 当院以外)	⑩ 病名：
② 医療機関名：	⑪ 治療歴：
③ 主治医氏名：	
④ 通院開始時期：( )年( )月から	【治療機関名】 【外来・入院・リワーク・カウンセリング】 【期間】
⑤ 通院頻度：( )週間に( )回	(病院名等)
⑥ 受診曜日：(決まっている [曜日 時] / 決まっていない)	年 月～ 年 月
⑦ リワーク参加に関する主治医の許可：(得ている / 得ていない)	年 月～ 年 月
⑧ 自立支援：(受けている / 受けていない / 手続き中)	年 月～ 年 月
⑨ 朝：	年 月～ 年 月
服	年 月～ 年 月
用	年 月～ 年 月
薬	年 月～ 年 月
寝る前：	年 月～ 年 月
頓服：	年 月～ 年 月

裏面もあります。ご記入をお願いします。

