三軒茶屋診療所　東京リワークセンター　　記載日　　年　　月　　日　　受診経路

オリエンテーションを行うにあたり、以下の質問事項にお答え下さい。　（*は選択です。）

・お名前（ふりがな）：　　・性別*：　男・女　　・同伴者*：有・無

・生年月日 ： 西暦　　年　　月　　日　　・年齢 ：　　歳

・ご住所 ：

・当診療所までの通院時間 ： 約　　分　（交通手段* ： 徒歩 ・ 自転車 ・ バス ・ 電車）

・経路 ：

・電話番号（携帯電話などご本人に直接連絡できるもの）（　　）　　－

・通院先医療機関* ： 当院 ・ 当院以外→　　主治医：　　先生

・自立支援* ： 申請済 ・ 申請中 ・ 申請予定 ・ 申請しない

・最終学歴 ：　　（　　学部　　学科 ）

*大学院 ・ 大学 ・ 短期大学 ・ 専門学校 ・ 高校 ・ 中学校 ・ 小学校　＊　卒業 ・ 途中 ・ 退学

・学校名・部活動：　　小学校（　　）　　中学校（　　）

高校（　　）

Ⅰ．休務中の生活について

1）現在の平均的な起床・就寝時間をご記入ください。

・平日：起床　　：　　頃、 就寝　　：　　頃　　・休日：起床　　：　　頃、 就寝　　：　　頃

入眠困難：　　中途覚醒：有 ・ 無　　早朝覚醒：　　昼寝

2）現在の休務中の過ごし方ついて、教えて下さい。（家事、趣味、外出の頻度、昼寝など）

平日：

休日：

3）自宅での身の回りのこと（食事・買物・洗濯等）は、どなたがされていますか？

4）自宅または、地域活動（ボランティア、マンション管理組合等）で、役割をお持ちですか？

5）趣味や気晴らしはどんなことをされていますか？**具体的に**教えて下さい。

・運動習慣

・活動後の乱れ ：　有 ・ 無

・信仰 ：　有 ・ 無

・婚姻 ：　未婚 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ 死別 ・ 内縁 ・ その他（　　）

・家族の協力 ：　有 ・ 無

・家族はリワークの利用　　知ってる ・ 知らない

・食事とその他

食欲 ： 有 ・ 無　　食事リズム ：　　間食 ： 有 ・ 無　　アレルギー ：

アルコール ： 無 ・ 機会飲酒 ・ 有　　回/週 （種類・量 ：　　）　　喫煙 ： 有　　本/日 ・ 無

便通 ： 普通 ・ 軟便 ・ 下痢 ・ 便秘　　生理 ： 順調 ・ 不調（　　）

Ⅱ. 会社、お仕事について

1)現在の勤務先(会社)について教えて下さい。

・社　名 :　　・所属 :

・所在地 :

・電話番号 :

・ご自宅からの通勤時間 : 約　　分　乗換え :　　回

・交通手段*:　徒歩 ・ 自転車 ・ バス ・ 電車

・自宅最寄駅 :　　線　　駅　勤務先最寄駅 :　　線　　駅

・通常勤務時間: 始業　　:　　～　終業　　:　　・変則勤務*: あり ・ なし

・残業 : 約　　hr/月平均　　・勤続 :　　年　　ヶ月

・従業員数 :本体　　人 ／ 勤務先事業所　　人

・業界業種* : 1.鉱業 2.建設業 3.製造業 4.電気・ガス・水道 5.運輸 6.情報通信 7.卸売り・小売 8.飲食・宿泊 9.金融・保険
10.不動産業 11.サービス業 12.医療・福祉 13.公務員 14.無職 15.その他(　　)

2)現在、役職についていますか？ *はい・いいえ　(はいの方 → 役職名:　　)

(*経営層・事業場長相当 部・課長相当 係長・主任相当 その他)

3)仕事の内容(職種)を**具体的に**教えてください。

(*管理 SE 技術職 専門職 研究職 事務 営業販売 サービス 運転 生産ライン・機械操作 保安 その他:　　)

4)会社に嘱託等の産業医はいますか？

*はい・いいえ　(はいの方 → 産業医名:　　先生)

面談 :　定期的 ・ 不定期　手段 :　　頻度 :　週・　月　に　回

5)いつから仕事を休んでいますか？

今回:　年　月　日 ～ 現在

(過去:　年　月　日 ～　年　月　日) (　年　月　日 ～　年　月　日)

6)今回は何回目の休務ですか？(メンタルが理由)　　回

7)休務の形態を教えて下さい。

*病気休暇 ・ 療養休暇 ・ 有給休暇 ・ 欠勤 ・ 休職 ・ その他(　　)

8)休職の期限について教えてください。

・20　年　月　日 迄 (社内規定)

・20　年　月　日 迄 (診断書)

・最後に職場に出向いた日:　年　月　日

9)職場の保健スタッフや上司との連絡について

*定期的 ・ 不定期 ・ していない　・最終連絡日 : 20　年　月　日

・窓口・担当者:　・頻度*:　週 ・ 月 に　回　・手段:

・職場へ出向く抵抗　有 ・ 無　(理由:　　)

10)以前にリワーク等の復職支援に参加したことがありますか？

*はい ・ いいえ　(「はい」の方 → 回数:　　回)

・利用した施設の名称:

・利用期間:西暦　年　月　日 ～　年　月　日

11)当リワークは、職場復帰に向けて通常の週 5 日勤務と同程度の利用時間で運営しています。
段階的に時間・日数を増やしていきますが、**将来的に週 5 日(9:30-16:00)**の利用は可能ですか？

*はい ・ いいえ (「いいえ」と答えた方→理由 :　　)