

## 両立支援カード

(別紙様式 49 の 3)

### Ⅰ. 本人記載欄

氏名	生年月日		
住所			
職務内容 (有期雇用の場合は雇用契約期間も併せてご記入ください)			
勤務時間	時 分～ 時 分 (休憩 時間。週 日間。)		
1 上記職務内容に含まれる作業 (右記(1)～(3)について該当する作業に○を記してください)	(1) 身体上の負荷がある作業	① 立位作業 ②-a 重量物の取扱作業 ②-b 体を大きく動かす作業 ③ 暑熱/寒冷/屋外作業 ④ 振動工具の取扱作業 ⑤-a 不特定多数の人と対面する作業 ⑤-b 病原体等の取扱作業 ⑥ 化学物質や粉塵等で呼吸用保護具を装着する作業	
	(2) 事故の可能性が高まる作業	① 1人作業 ② 高所作業 ③ 危険な機械操作・自動車運転	
	(3) 心身の負担が高いと感じられる作業	① 残業・休日労働など(長時間労働) ② 出張 ③ 夜勤 ④ その他 ( )	
	(1)～(3)の作業について、特に医師意見を求める作業内容およびその理由		
2 利用可能な社内制度	<input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 半日単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇・病気休暇 <input type="checkbox"/> 勤務日数短縮(週 日勤務) <input type="checkbox"/> 短時間勤務 <input type="checkbox"/> 時差出勤 <input type="checkbox"/> フレックスタイム <input type="checkbox"/> 試し出勤 <input type="checkbox"/> 在宅勤務 <input type="checkbox"/> その他( )		
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常昼勤務 <input type="checkbox"/> 交替勤務(深夜勤務なし) <input type="checkbox"/> 交替勤務(深夜勤務あり) <input type="checkbox"/> その他 ※例：自発的な離席が困難な勤務形態等 ( )		
通勤方法 (該当すべてに✓し通勤時間をご記入ください)	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座可能) <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座不可能) <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 通勤なし(在宅勤務) <input type="checkbox"/> その他( ) 通勤時間 片道 分		
年次有給休暇日数	残 日間		

### Ⅱ. 医師記載欄

氏名	生年月日			
住所				
診断名				
現在の症状				
今後の治療内容				
通院頻度				
就労に関する意見	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 下記ア～ウの条件付き可( 年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 現時点で不可			
ア 病勢の悪化や労働災害など事故に巻き込まれることを防ぐために配慮が必要な事項(本人記載欄1の作業に対応する配慮事項)	(1) 身体上の負荷がある作業			
	① 立位作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 立位の時間の制限 <input type="checkbox"/> 椅子等の準備	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	②-a 重量物の取扱作業 ②-b 体を大きく動かす作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 作業時間や回数の制限 <input type="checkbox"/> 負荷の削減	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	③ 暑熱/寒冷/屋外作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 作業時間や回数の制限 <input type="checkbox"/> 空調機器の利用	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	④ 振動工具の取扱作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 振動の少ない工具の利用 <input type="checkbox"/> 作業時間の制限	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	⑤-a 不特定多数の人と対面する作業 ⑤-b 病原体等の取扱作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 作業時間の制限 <input type="checkbox"/> 保護具の着用	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	⑥ 化学物質や粉塵等で呼吸用保護具を装着する作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 作業時間の制限 <input type="checkbox"/> 作業強度の制限	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	(2) 事故の可能性が高まる作業			
	① 1人作業 ② 高所作業 ③ 危険な機械操作・自動車運転	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 当人や他者への危害を防止する安全装置等 <input type="checkbox"/> 当人の安全を確認できる配置等	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	(3) 心身の負担が高いと感じられる作業			
① 残業・休日労働など(長時間労働) ② 出張 ③ 夜勤 ④ その他	<input type="checkbox"/> 作業可	( )	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可	
イ 本人記載欄1の作業について、上記ア以外の必要な配慮事項・アの配慮の補足事項	<input type="checkbox"/> 負担の少ない保護具着用 <input type="checkbox"/> 紫外線をできるだけ避ける <input type="checkbox"/> 食事内容により病勢が悪化するため会食を避ける <input type="checkbox"/> 排尿・排便回数が増えるためトイレが利用しやすい環境整備 <input type="checkbox"/> 残業・休日労働(長時間労働)の制限 <input type="checkbox"/> 出張の制限 <input type="checkbox"/> 夜勤の制限 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	ウ 本人記載欄2の利用可能な社内制度を踏まえた、上記ア・イ以外の、患者が働き続けるために医学的理由から配慮が望ましい事項 ※次ページ<配慮の例>も参照の上で、ご記入ください	<input type="checkbox"/> 治療スケジュールに合わせた休暇等 <input type="checkbox"/> 作業中の適宜休憩 <input type="checkbox"/> 短時間勤務 <input type="checkbox"/> 時差出勤 <input type="checkbox"/> フレックスタイム <input type="checkbox"/> 試し出勤 <input type="checkbox"/> 在宅勤務 <input type="checkbox"/> その他 ※例：長時間情報機器作業を制限する等 ( )		

会社において選任されている産業医等に✓してください。

産業医  総括安全衛生管理者  衛生管理者  安全衛生推進者  衛生推進者  保健師

会社に両立支援の申し出を行い、本カードの作成にあたって下記の担当部署・担当者の確認を受けました。

(会社記載欄)

会社名

担当部署・担当者名

住所

電話番号

医師署名欄	上記の通り、就労の可否や配慮に関する意見を提出します。 令和 年 月 日 医療機関名 住所 電話番号
本人署名欄	上記内容を確認し、職場での配慮に関する措置を申請します。 令和 年 月 日 (本人署名)

※職場復帰・就業継続の可否や具体的な就業上の配慮等に関しては、主治医の意見をもとに、産業医等の意見を勘案しつつ、労働者と十分話し合った上で、事業者が最終的に決定するものです。

年 月 日

## 看護及び栄養管理等に関する情報(1)

患者氏名(ふりがな)			性別		生年月日	年 月 日
入退院日	入院日: 年 月 日		退院(予定)日: 年 月 日			
主たる傷病名						
主な既往歴	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照		アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬剤( ) <input type="checkbox"/> 食物( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
入院中の経過	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照					
継続する看護上の問題等						
ケア時の具体的な方法や留意点						
病状等の説明 内容と受け止め	医師の説明					
	患者					
	家族					
患者・家族の 今後の希望・目標や、大切にしていること	患者					
	家族					
家族構成 (同居者の有無、 キーパーソン等)			緊急連絡先(氏名・続柄・連絡先)			
			① ②			
介護者等の状況	介護者( )協力者:( )		対応可能な時間: <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 独居・介護者や協力者がいない			
日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
認知症自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M					
社会資源	要介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援状態区分( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護状態区分( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)				
	介護支援専門員/ 訪問看護ステーション/ 訪問診療医療機関					
	障害手帳		<input type="checkbox"/> 有( )			
生活等の状況	清潔	入浴: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助方法: ) <input type="checkbox"/> 全介助( <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 最終: 月 日) 口腔ケア: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: ) <input type="checkbox"/> 全介助 更衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: ) <input type="checkbox"/> 全介助				
	活動	座位: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: ) <input type="checkbox"/> 全介助				

	移乗: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: ) <input type="checkbox"/> 全介助 移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: ) <input type="checkbox"/> 全介助 方法: <input type="checkbox"/> T 杖・松葉杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子自走 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: ) <input type="checkbox"/> 全介助 方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自己導尿 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 尿意がない <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便意がない <input type="checkbox"/> 便失禁 排便回数:( )日に( )回 最終排便: 月 日
食事	介助方法:
睡眠	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> その他( )
精神状態	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 認知症(症状、行動等: )
運動機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺:( <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 言語障害:( <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症) <input type="checkbox"/> 視力障害:( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 聴力障害:( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 補聴器使用( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
安全対策	方法:
医療処置・挿入物等の状況	<input type="checkbox"/> 点滴投与経路 <input type="checkbox"/> PICC(末梢挿入型中心静脈カテーテル) <input type="checkbox"/> CVC(中心静脈カテーテル) <input type="checkbox"/> 末梢静脈ライン <input type="checkbox"/> 静注 CV ポート 挿入部位: サイズ: 最終交換日: 月 日 最終ロック日: 交換頻度:
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他( ) サイズ: Fr cm 挿入日: 月 日 最終交換日: 月 日 交換頻度:
	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル 種類: サイズ: Fr 固定水: ml 最終交換日: 月 日 交換頻度:
	<input type="checkbox"/> 透析 週 回 シヤント: <input type="checkbox"/> 有(部位 )
	<input type="checkbox"/> 呼吸管理 <input type="checkbox"/> 吸引 回数: <input type="checkbox"/> 酸素療法( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> その他 ) 酸素設定: <input type="checkbox"/> 気管切開:気管内チューブ mm 最終交換日: 月 日 交換頻度: <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 設定、モード:
	<input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡 部位・深度・大きさ等: ケア方法: <input type="checkbox"/> 手術創 部位: ケア方法:
	<input type="checkbox"/> ストーマ処置 種類: サイズ: 最終交換日: 月 日 交換頻度:
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要確認・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(方法: ) 他院処方薬: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他	

(記入者氏名) \_\_\_\_\_

(照会先) \_\_\_\_\_

看護及び栄養管理等に関する情報(2)

患者氏名		
入退院日	入院日: 年 月 日	退院(予定)日: 年 月 日

(太枠:必須記入)

栄養管理に関する情報	栄養管理・栄養指導等の経過								
	栄養管理上の注意点と課題								
	評価日	年 月 日	過去(週間)の体重変化	増加・変化なし・減少: ( kg %)					
		身体計測	体重 kg 測定日( / )	BMI kg/m <sup>2</sup>	下腿周囲長 cm・不明	握力 kgf・不明			
	身体所見	食欲低下	無・有・不明 ( )		消化器症状	無・有(嘔気・嘔吐・下痢・便秘)・不明			
		味覚障害	無・有・不明 ( )		褥瘡	無・有(部位等)・不明			
		浮腫	無・有(胸水・腹水・下肢)・不明		その他				
		嚥下障害	無・有		特記事項				
	咀嚼障害	無・有							
	検査・その他	過去1か月以内Alb値 ( )g/dL	測定なし	その他					
	【GLIM基準による評価 (□非対応)※1】 判定: □低栄養非該当 □低栄養(□中等度低栄養、□重度低栄養)								
	該当項目: 表現型(□体重減少、□低BMI、□筋肉量減少) 病因(□食事摂取量減少/消化吸収能低下、□疾病負荷/炎症)								
	1日栄養量	エネルギー		たんぱく質		食塩	水分	その他	
	必要栄養量	( )kcal/標準体重kg ( )kcal/現体重kg		( )g/標準体重kg ( )g/現体重kg		g	ml		
	摂取栄養量	( )kcal/標準体重kg ( )kcal/現体重kg		( )g/標準体重kg ( )g/現体重kg		g	ml		
栄養補給法	経口・経腸(経口・経鼻・胃瘻・腸瘻)・静脈		食事回数:	回/日	朝・昼・夕・その他( )				
食種	一般食・特別食( )・その他( )								
食事形態	主食種類	朝	米飯・軟飯・全粥・パン・その他( )					量	g/食
		昼	米飯・軟飯・全粥・パン・その他( )						g/食
		夕	米飯・軟飯・全粥・パン・その他( )						g/食
	副食形態	常食・軟食・その他( ) *自由記載:例 ベースト							
嚥下調整食	不要・必要	コード(嚥下調整食の場合は必須) 0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4							
とろみ調整食品の使用	無・有	種類(製品名)	使用量(gまたは包)	とろみの濃度 薄い / 中間 / 濃い					
その他影響する問題点	無・有( )								
禁止食品	食物アレルギー	無・有	乳・乳製品・卵・小麦・そば・落花生・えび・かに・青魚・大豆 その他・詳細( )						
	禁止食品 (治療、服薬、宗教上などによる事項)								
退院時栄養設定の詳細	栄養量	補給量	エネルギー	たんぱく質(アミノ酸)	脂質	炭水化物(糖質)	食塩	水分	その他
		経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml	
		経腸	kcal	g	g	g	g	ml	
		静脈	kcal	g	g	g	g	ml	
		経口飲水						ml	
		合計	kcal	g	g	g	g	ml	
	(現体重当たり)	kcal/kg	g/kg				ml		
	経腸栄養詳細	種類	朝:	量		昼:	量		夕:
		量	朝:	ml		昼:	ml		夕:
		投与経路	経口・経鼻・胃瘻・腸瘻・その他( )						
投与速度		朝:	ml/h		昼:	ml/h		夕:	
静脈栄養詳細	追加水分	朝:	ml		昼:	ml		夕:	
	種類・量								
投与経路	末梢・中心静脈								
備考									

※1 GLIM基準による評価を行っている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。

(記入者氏名)

(照会先)

【記入上の注意】

1. 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。
2. 地域連携診療計画に添付すること。