

【様式A】簡易版 ― 通常はこちらをご使用ください（情報の範囲を項目ごとに特定する場合は次頁の【様式B】詳細版。使い分けは別紙②のとおり）

## 主治医との情報連携に関する同意書

産業医が就業上の配慮の必要性を判断するにあたり、貴殿の主治医との間で必要な情報のやり取りを行うことについて、下記のとおり同意をお願いいたします。

### ■ 同意する事項

- ① 産業医が、私の勤務内容、勤務状況および就業上の配慮の必要性に関する情報を主治医に提供すること。
- ② 産業医が、私の治療の状況、就業継続の可否および就業上の措置に関する意見について、主治医に情報の提供を依頼し、その回答を受けること。

### ■ 連携の範囲

|          |               |
|----------|---------------|
| 対象の傷病等   |               |
| 主治医・医療機関 |               |
| 有効期間     | 同意日から 年 月 日まで |

（対象の傷病等、主治医・医療機関および有効期間は、いずれもご記入ください。主治医または対象の傷病等が変わる場合は、改めて同意をお願いします。）

### ■ 確認事項

- ・ 産業医が主治医から得た情報のうち、人事労務担当者に伝えるのは就業の可否および就業上の措置の内容など、就業上の配慮の実施に必要最小限の範囲に限られ、診断名、症状の詳細および治療内容は原則として共有されないこと。
- ・ この同意は任意であり、同意しないこと自体を理由として不利益な取扱いを受けないこと。また、いつでも書面により撤回できること（撤回前に既に行われた情報のやり取りの効力は否定されません）。
- ・ 主治医が情報提供のために書類を作成する場合、医療機関の定めにより文書料が発生することがあること。

上記の内容について説明を受け、これに同意します。

|        |          |
|--------|----------|
| 氏名（自署） |          |
| 所属・役職  |          |
| 同意年月日  | 令和 年 月 日 |

### ■ 産業医記入欄

上記のとおり事前に説明を行い、書面による同意を得たことを確認します。同意の撤回は下記または貴社の窓口へお申し出ください。

|       |                     |
|-------|---------------------|
| 産業医氏名 | サクセス株式会社産業医事務所 中村 一 |
|-------|---------------------|

|     |                                      |
|-----|--------------------------------------|
| 連絡先 | 080-2330-9284 / m15079hn@jichi.ac.jp |
|-----|--------------------------------------|

---

※ 労働安全衛生法第104条第1項および第2項、同条第3項に基づく指針、ならびに個人情報の保護に関する法律第20条第2項および第27条第1項の趣旨に沿った書式です。

※ 本ひな形はサクセス株式会社産業医事務所が産業医業務の付随として顧問先の便宜のために無償で提供するものであり、書類作成の代行および個別の記入指導を行うものではありません。内容および運用の適否は、貴社の労務管理体制および貴社が委嘱する社会保険労務士等にもご確認のうえご使用ください。

【様式B】詳細版 ― 連携する情報の範囲を項目ごとに特定する場合

(休職期間が長期にわたる事案、復職の可否が争点となり得る事案、がん・難病等の治療と仕事の両立支援を継続的に行う事案などでご使用ください。通常の事案では前頁の【様式A】簡易版で足りります。)

## 主治医との情報連携に関する同意書（詳細版）

産業医が就業上の配慮の必要性を判断するにあたり、主治医との間で下記の範囲の情報のやり取りを行うことについて同意をお願いいたします。同意する事項のチェック欄にレ点を付してください。

### 1 情報連携の相手方および対象

|           |  |
|-----------|--|
| 医療機関名・診療科 |  |
| 主治医氏名     |  |
| 対象の傷病等    |  |

### 2 産業医から主治医へ提供することに同意する情報

- ☐ 職務内容および勤務形態（勤務時間、交代制勤務、出張、運転業務、高所作業等の有無）
- ☐ 労働時間の状況（時間外労働時間、深夜業の有無等）
- ☐ 作業環境（有害業務の有無、温熱・騒音等の負荷）
- ☐ 職場で利用可能な配慮および制度（時短勤務、配置転換、休職・復職制度等）
- ☐ 健康診断結果のうち、当該傷病等に関連する項目
- ☐ 産業医面談における本人の訴えおよび産業医の所見
- ☐ その他（ ）

### 3 主治医から産業医へ提供を依頼することに同意する情報

- ☐ 現在の治療内容および通院の頻度
- ☐ 就業継続の可否に関する意見
- ☐ 望ましい就業上の措置の内容（労働時間、業務内容、出張・運転・夜勤の制限等）
- ☐ 就業上の配慮を要する期間の見込み
- ☐ 症状が再び悪化する際の兆候および悪化時に望まれる対応
- ☐ 診断名
- ☐ その他（ ）

### 4 人事労務担当者への共有の範囲（いずれか一つを選択）

- ☐ 就業の可否および就業上の措置の内容に限る（推奨）
- ☐ 上記に加え、就業上の配慮を要する期間の見込みを含める
- ☐ 上記に加え、診断名を含める（本人が特に希望する場合）

共有先 ☐ 人事労務担当者 ☐ 所属長 ☐ 産業保健スタッフ ☐ その他  
( )

## 5 有効期間

同意日から          年          月          日まで（有効期間は必ずご記入ください。終期の見通しが立たない場合は、「同意日から6か月」等の期間を記入し、継続が必要なときは改めて同意をお願いします。）

## 6 確認事項

- ・ この同意は任意であり、同意しないこと、または一部の項目にレ点を付さないことを理由として不利益な取扱いを受けないこと。
- ・ この同意はいつでも書面により撤回できること。撤回後は新たな情報のやり取りを行いません（撤回前に既に行われた情報のやり取りの効力は否定されません）。
- ・ 産業医が取得した情報は、産業医事務所において施錠またはアクセス制限等の方法により保管し、貴社の健康情報等取扱規程が定める期間に従って取り扱うこと。
- ・ 主治医が情報提供のために書類を作成する場合、医療機関の定めにより文書料が発生することがあること。

上記の内容について説明を受け、レ点を付した事項について同意します。

|        |                                     |
|--------|-------------------------------------|
| 氏名（自署） |                                     |
| 所属・役職  |                                     |
| 同意年月日  | 令和          年          月          日 |

## ■ 産業医記入欄

上記のとおり事前に説明を行い、書面による同意を得たことを確認します。同意の撤回は下記または貴社の窓口へお申し出ください。

|       |                                            |
|-------|--------------------------------------------|
| 産業医氏名 | サクセス株式会社産業医事務所 中村 一                        |
| 連絡先   | 080-2330-9284    /    m15079hn@jichi.ac.jp |

※ 労働安全衛生法第104条第1項および第2項、同条第3項に基づく指針、ならびに個人情報の保護に関する法律第20条第2項および第27条第1項の趣旨に沿った書式です。

※ 本ひな形はサクセス株式会社産業医事務所が産業医業務の付随として顧問先の便宜のために無償で提供するものであり、書類作成の代行および個別の記入指導を行うものではありません。内容および運用の適否は、貴社の労務管理体制および貴社が委嘱する社会保険労務士等にもご確認のうえご使用ください。