

# 両立支援ナビシート

作成日：

相談者	氏名： _____ 性別： _____ 年齢： _____ 部署： _____
治療スケジュール 概要	
治療に伴う相談者の希望と配慮	
仕事内容に関する希望	
職場で配慮して欲しいポイント	<input type="checkbox"/> 通勤（ _____ ） <input type="checkbox"/> 職場環境 ○ 立ち仕事（ _____ ） ○ 肉体労働（力仕事など）の有無（ _____ ） ○ 出退勤（ _____ ） ○ 労働時間（ _____ ） ○ 外出の頻度（ _____ ） ○ 設備面（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
外部支援体制	<input type="checkbox"/> 産業医、保健師（ _____ ） <input type="checkbox"/> 医療機関（ _____ ） <input type="checkbox"/> 産業保健総合支援センター（ _____ ） <input type="checkbox"/> キャリアコンサルタント（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
内部連携体制	<input type="checkbox"/> 配置転換の有無（ _____ ） 所属部署名： _____ 責任者： _____ 人事担当： _____ その他： _____
備考	