

治療と仕事の両立支援カード

労働者（患者）が主治医に自ら勤務情報を提供し、
かつ、この情報に基づき主治医が就業上の意見等を提示するための様式例

ガイドラインに基づく両立支援の進め方

労働者本人から事業者への申出により始まります。



治療と仕事の両立支援カードとは

「治療と仕事の両立支援カード」は、治療を受けながら働き続けることを希望する労働者（患者）が、自身の職場や働き方等の情報を記載して医療機関に提出することで、医師が労働者（患者）を経由して事業者に対して必要な情報提供を行うための書式です。本カードをもとに、事業者と労働者（患者）が話し合い、仕事の継続に最適な措置等を実施してください（事業場に産業医等が選任されている場合、産業医等の意見も踏まえてください）。なお、事業者が必ずしも本カードの記載どおりに配慮を実施する法的義務を伴うものではありません。

※ 事業場および医療機関においては、労働者（患者）に関するプライバシーには十分に配慮した上で、書式の管理をお願いします。

本カード作成にあたって

医師の方へ

症状に応じた配慮の方法を知りたい場合

「両立支援情報サイト」では医療機関従事者向けの自己学習サイトとして、両立支援の症状ごとの配慮の方法を紹介しています。本カードでも（配慮の例）を掲載していますが、必要に応じて当サイトもご参考ください。



労働者の方へ

本カード作成にあたってサポートが必要な場合

必要に応じて支援人材のサポートを受けることにより、症状や業務内容に応じた、より適切な両立支援の実施が可能となります。例えば、「両立支援コーディネーター」は、労働者の同意のもと、治療や業務に関する情報を得て、労働者の治療や業務の状況に応じた必要な配慮等の情報を整理して本人に提供します。

※ 支援人材・機関の一覧・支援内容等については、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」もしくは「治療と仕事の両立支援ナビ [支援を受ける方へ]」をご参照ください。



事業者の方へ

労働者記載の職務内容に追記・修正等が必要な場合

労働者本人が記載した職務内容に追記・修正等が必要な場合、事業者が本人と相談して、本カードと併せて勤務情報提供書※等を主治医に提供することも可能です。

※ 「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」掲載の「勤務情報を主治医に提供する際の様式例」が該当します。当様式例は、労働者と事業者が共同して作成することを前提としています。



両立支援カードの
ダウンロードはこちら
<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp>



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

- ☐ 時間単位の年次有給休暇 ☐ 半日単位の年次有給休暇
☐ 傷病休暇・病気休暇 ☐ 勤務日数短縮（週 日勤務） ☐ 短時間勤務
☐ 時差出勤 ☐ フレックスタイム ☐ 試し出勤 ☐ 在宅勤務
☐ その他（ ）

勤務形態

- ☐ 常昼勤務 ☐ 交替勤務（深夜勤務なし） ☐ 交替勤務（深夜勤務あり）
☐ 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）

- ☐ 徒歩 ☐ 公共交通機関（着座可能） ☐ 公共交通機関（着座不可能） ☐ 自動車
☐ 通勤なし（在宅勤務） ☐ その他（ ）
 通勤時間 片道 分

年次有給休暇日数

残 日間



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	☐ 可 ☐ 下記ア～ウの条件付き可(____年____月____日～____年____月____日) ☐ 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)①作業	☐ 作業可	☐ 立位の時間の制限 ☐ 椅子等の準備	☐ 作業は当面不可
	(1)②作業	☐ 作業可	☐ 作業時間や回数の制限 ☐ 負荷の削減	☐ 作業は当面不可
	(1)③作業	☐ 作業可	☐ 作業時間や回数の制限 ☐ 空調機器の利用	☐ 作業は当面不可
	(1)④作業	☐ 作業可	☐ 振動の少ない工具の利用 ☐ 作業時間の制限	☐ 作業は当面不可
	(1)⑤作業	☐ 作業可	☐ 作業時間の制限 ☐ 保護具の着用	☐ 作業は当面不可
	(1)⑥作業	☐ 作業可	☐ 作業時間の制限 ☐ 作業強度の制限	☐ 作業は当面不可
	(2)作業	☐ 作業可	☐ 当人や他者への危害を防止する安全装置等 ☐ 当人の安全を確認できる配置等	☐ 作業は当面不可
	(3)作業	☐ 作業可	☐ 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	☐ 負担の少ない保護具着用 ☐ 紫外線をできるだけ避ける ☐ 食事内容により病勢が悪化するため会食を避ける ☐ 排尿・排便回数が多くなるためトイレが利用しやすい環境整備 ☐ 残業・休日労働(長時間労働)の制限 ☐ 出張の制限 ☐ 夜勤の制限 ☐ 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	☐ 治療スケジュールに合わせた休暇等 ☐ 作業中の適宜休憩 ☐ 短時間勤務 ☐ 時差出勤 ☐ フレックスタイム ☐ 試し出勤 ☐ 在宅勤務 ☐ その他 ※例：長時間情報機器作業を制限する等 			
医師署名欄	上記の通り診断し、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 (主治医署名)			
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)			

配慮の例

医師の方へ：医師記載欄ウ「社内制度を踏まえた、医学的理由から配慮が望ましい事項」を記入する際の参考としてご活用ください。

A 作業場の調整	A-1 休憩室の整備をする A-2 椅子の配置をする A-3 暑すぎない・寒すぎない環境を整備する A-4 広い作業スペースを準備する A-5 定期的に換気する A-6 分煙・喫煙環境を整備する
B 作業内容の変更	B-1 休憩を取りやすい環境を整備する B-2 段階的な業務量の増加を認める B-3 テレワーク(在宅勤務)を認める B-4 時差出勤・フレックス勤務を認める B-5 残業を免除する・短時間勤務を許可する B-6 交代制勤務・夜勤を免除する B-7 出張を免除する B-8 身体的負担・精神的負担が大きい作業を免除しほかの作業を任せる B-9 仕事の役割・責任を明確にする B-10 裁量度の高い仕事を免除する B-11 ひとり作業を免除する
C スケジュールの調整	C-1 治療のスケジュールに合わせて勤務形態を検討する C-2 納期の短い仕事を任せない C-3 受診や体調不良時に休みを取りやすくする
D 事業内ルールの変更	D-1 制服以外の衣服の着用を許可する D-2 職場の相談先を明確化する
E 本人が安心できる環境整備	E-1 有給休暇を取得しやすい環境を整備する E-2 休暇可能日数を伝える E-3 上司などを通じて体調について定期的に確認する E-4 必要な配慮について定期的に確認する E-5 トイレに行きやすい環境を整備する E-6 オストメイト対応トイレを整備する
F 移動に関する調整	F-1 安全な移動手段を提供する・確保する F-2 車いすで移動できる環境を整備する F-3 移動が少なくなるよう配置する F-4 段差を少なくする F-5 職場に近い駐車場を確保する F-6 エレベーターを優先的に利用する F-7 通路に視覚障害者誘導用ブロックを設置する
G 視覚障害・色覚障害・聴覚障害に対する対応	G-1 拡大ソフト・拡大鏡を準備する G-2 夜間の業務を制限し日中の業務を準備する G-3 色覚特性に応じた色を利用する G-4 補聴器の使用を許可する G-5 筆談を許可する
H 内服・食事・血糖管理等に関すること	H-1 間食・補食を許可する H-2 内服・血糖測定・インスリン自己注射・成分栄養剤を摂取するなどの清潔な場所を提供する
I アピランス(外見)ケア	I-1 対人業務が少なくなるよう工夫する I-2 メイクできる部屋を準備する I-3 更衣室を一人で利用できるよう工夫する
J 補助具・マスクの使用	J-1 電動ファン付き呼吸用保護具を準備する J-2 重量物に治具を用いる
K その他	K-1 困ったときに申し出をしやすい環境を整備する