**両立支援面談記録**

※確認できた範囲で記載すること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 面談年月日　　　　　　年　　月　　日

時　間　　時　　分～　　時　　分

No.　　　　　　　　　　　　　　　　　　 面談者氏名（　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | （　　　　　　　） | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 1.体調及び治療状況の確認 | | | 概　要 | | |
| ① | 最近の体調 | |  | | |
| ② | 睡眠の状況（時間・質） | |  | | |
| ③ | 通院や服薬の継続 | |  | | |
| ④ | 薬の副作用の有無・程度 | |  | | |
| ⑤ | 主治医の今後の治療の  見通し | |  | | |
| ⑥ | 帰宅後の過ごし方 | |  | | |
| 2.勤務状況 | | | 概　要 | | |
| ① | 仕事の上で困っていること | |  | | |
| ② | 仕事の量や難易度について  どう感じているか | |  | | |
| ③ | 仕事に対する本人の希望や  就業上の配慮について | |  | | |
| ④ | 治療のための通院が  無理なく継続されているか | |  | | |
| 3.職場の状況 | | | 概　要 | | |
| ① | 同僚からの支援の有無・内容 | |  | | |
| ② | 職場の雰囲気について | |  | | |
| ③ | 上司や同僚へ望むこと | |  | | |
| 4.その他（面談で気になったこと、対処が必要な事項） | | | | | |
|  | | | | | |