第１号様式

年　　　月　　　日

所 属 長　殿

所属名

職名・氏名

審　　査　　願　　出　　書

私の健康状況について、香川県教職員健康審査会において審査して下さるよう

お願いします。

なお、診断書などの健康情報について、審査に使用することを承諾します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第２号様式　　　　　　　　　　　　　　健康審査会申請時診断書 | | | |
| **氏　　名** | （男 ・ 女） | **生年月日** | 年　　　月　　　日　（　　　　）歳 |
| **住　　所** |  | **所　　　属** |  |
| **診断名** | | | |
| **治療歴** | | | |
| 初診日　　　　　　　　　 　　年　　月　　日　 　　　　　　　　　　病院名（ ） | | | |
| 入院・通院　　 　　　　　　年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日　病院名（ ） | | | |
| 入院・通院　　 　　 　　年　　月　　日 ～ 　　年　　月　　日　病院名（ ） | | | |
| 入院・通院　　 　 　 　　年　　月　　日 ～ 　　年　　月　　日　病院名（ ） | | | |
| **生活歴及び現病歴** | | | |
|  | | | |
| **現在の状態（身体症状を含む）**精神症状はない　　　精神症状を認める | | | |
| （特記事項） | | | |
|  | | | |
| **勤務の面** | | | |
| （Ａ）勤務を休む必要がある | | | |
| （Ｂ）勤務に制限を加える必要がある | | | |
| （Ｃ）勤務をほぼ正常に行って良い | | | |
| （Ｄ）全く平常の勤務で良い | | | |
| （Ｅ）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **医療の面** | | | |
| （１）医師による直接の医療行為を必要とする | | | |
| （２）医師による直接の医療行為を必要としないが、定期的に医師の観察指導を必要とする | | | |
| （３）医師による直接、間接の医療行為を全く必要としない | | | |
| （４）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **復職に関する意見** | | | |
| ○ 就業上の注意点（対人関係も含む） | | | |
|  | | | |
| ○ 今後の治療方針 | | | |
|  | | | |
| ○ 家族への注意点 | | | |
|  | | | |
| 年　　　月　　　日  　　　上記のとおり報告します。  病院または診療所の名称  所　在　地  診療担当医師名 | | | |

第３号様式の１

番　　　　　号

年　　月　　日

香川県教育委員会教育長　殿

所属名

所属長氏名

審　　査　　申　　出　　書

このことについて、香川県教職員健康審査会運営要領第１の２の規定に基づき、

下記のとおり審査を申し出ます。

記

１　教職員所属・職・氏名

２　休療養期間

　　　　　　病気休暇　　　　　　　　年　　　月　　　日　から

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　まで

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　日間）

病気休職　　　　　　　　年　　　月　　　日　から

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　まで

　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　　月　　　日間）

３　理由（診断名）

４　所属長の意見

第３号様式の２

番　　　号

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 香川県教育委員会教育長 | 殿 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市町（学校組合）教育委員会

意　　　　見　　　　書

このことについて、香川県教職員健康審査会運営要領第１の３の規定に基づき、

下記のとおり意見を添えて提出します。

記

　市町（学校組合）教育委員会の意見

第４号様式

観　察　報　告　書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 |  | | フリガナ  氏　名 |  | | 男・女 |
| 生年  月日 | 年 　　月 　　日（　　　歳） | | | 採　用  年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 担当教科・学級・  部活動・校務分掌 | |  | | | | |
| 年　　月 | | 本人の状態 ・ 周囲の支援 ・ 治療状況等 | | | | |
|  | | （不調になり始めた頃から現在までの状況を記入する） | | | | |
| 備　考 | |  | | | | |

上記のとおり報告します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

所属長氏名

第５号様式

　香川県教職員健康審査会会長　殿

承　諾　書

　香川県教職員健康審査会に伴う事前診察を受診するとともに、診察結果を香川県教職員健康審査会に報告することを承諾します。

　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

氏名

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）に基づき、事前診察の内容については当審査会の審査目的以外には使用しません。　　　　　　　　　　　　　　香川県教職員健康審査会会長

第６号様式

**職場復帰後支援計画**

年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所　属　名 |  | 職・氏名 |  |
| 復帰予定日 | 年　　　月　　　日（　　　） | | |
| **１．業務サポートの内容と方法**  （管理監督者、支援パートナー、同僚等のサポート内容を具体的に記入） | | | |
| **２．業務内容や業務量の変更**  □ 校務分掌（担任、部活動等） | | | |
| **３．勤務制限**（○をつける）　…　要　・　不要　→　要の場合は、以下に記入  □出張　　　　　… （制限の内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □時間外勤務　　… （制限の内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □休日出勤　　　… （制限の内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **４．公務における自動車運転**（○をつける）  制限（制限の内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） ・　特に制限なし | | | |
| **５．医師 ＜主治医、産業医（保健管理医）＞の助言**→ 本人から聴き取った内容を記入してもよい | | | |
| **６． フォローアップ**  □ 本人との面談 … 毎週（　　）曜日・（　　）時から約（　　）分間、場所（　　　　　） | | | |
| **７．** **その他** | | | |

※この「職場復帰後支援計画」は、必要に応じて見直しを行い、作成する。（約１か月ごとが目安）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　所属長氏名

第７号様式

　番　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

香川県教職員健康審査会会長　殿

香川県教育委員会教育長

審　査　申　請　書

下記教職員の健康状況の審査をお願いします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　　属　　名 | 職　　　名 | 氏　　　名 |
|  |  |  |

第８号様式

番　　　　　号

年　　月　　日

香川県教育委員会教育長　殿

所属名

所属長氏名

審　査　取　下　書

年　　月　　日付け　　　第　　　号で申請した下記の審査申出について、取下げをお願いします。

記

１　教職員所属名・職名・氏名

２　取下げ理由

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第９号様式　　　　　　　　　　　　　病　状　報　告　書 | | | |
| **氏　　名** | （男 ・ 女） | **生年月日** | 年　　月　　日　（　　　）歳 |
| **住　　所** |  | **所　　　属** |  |
| **診断名** | | | |
| **治療歴** | | | |
| 初診日　　　　　　　年　　月　　日　 　　　　　　 　　病院名（ ） | | | |
| 入院・通院　　 　年　　月　　日 ～ 　　年　　月　　日　病院名（ ） | | | |
| 入院・通院　　 　年　　月　　日 ～ 年　　月　　日　病院名（ ） | | | |
| 入院・通院　　 年　　月　　日 ～ 　年　　月　　日　病院名（ ） | | | |
| **生活歴及び現病歴** | | | |
|  | | | |
| **現在の状態（身体症状を含む）**精神症状はない　　　精神症状を認める | | | |
| （特記事項） | | | |
|  | | | |
| **勤務の面** | | | |
| （Ａ）勤務を休む必要がある | | | |
| （Ｂ）勤務に制限を加える必要がある | | | |
| （Ｃ）勤務をほぼ正常に行って良い | | | |
| （Ｄ）全く平常の勤務で良い | | | |
| （Ｅ）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **医療の面** | | | |
| （１）医師による直接の医療行為を必要とする | | | |
| （２）医師による直接の医療行為を必要としないが、定期的に医師の観察指導を必要とする | | | |
| （３）医師による直接、間接の医療行為を全く必要としない | | | |
| （４）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **復職に関する意見** | | | |
| ○ 就業上の注意点（対人関係も含む） | | | |
|  | | | |
| ○ 今後の治療方針 | | | |
|  | | | |
| ○ 家族への注意点 | | | |
|  | | | |
| 年　　　月　　　日  　　　上記のとおり報告します。  担当審査委員名 | | | |

第10号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

香川県教育委員会教育長　殿

香川県教職員健康審査会会長

教職員の健康状況の審査結果について

　年　月　日付けで諮問のあった下記教職員の健康状況について審査した結果、下記のとおり答申します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　　属　　名 | 職　　　名 | 氏　　　名 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 判　　定　　結　　果 |
| (病 名) |
| (指導区分) |
| (所見、指導事項、就業程度等) |

第11号様式の１

番　　　　　号

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 市町（学校組合）教育委員会  県立学校長 | 殿 |

　香川県教育委員会教育長

教職員の健康状況の審査結果について

　年　月　日付け第　　　号で申出・副申のあった教職員の健康状況の審査について、香川県教職員健康審査会に諮問したところ、下記のとおり答申があったので通知します。

ついては、指導事項に従い、適切な措置をとるよう関係教職員を指導願います。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所 属 名 | 職 名 | 氏　名 | 病　　名 | 指導  区分 | 指導事項 |
|  |  |  |  |  |  |

第11号様式の２

番　　　　　号

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　属　　長 　殿 |  |

市町(学校組合)教育委員会

教職員の健康状況の審査結果について

このことについて、香川県教育委員会教育長から下記のとおり通知がありました。

ついては、指導事項に従い、適切な措置をとるよう関係教職員を指導願います。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所 属 名 | 職 名 | 氏　名 | 病　　名 | 指導  区分 | 指導事項 |
|  |  |  |  |  |  |

第12号様式

**職場復帰後診断書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 男・女 | 年　　　月　　　日生（　　　歳） |
| 住所 | | |
| 診断名 | | |
| 現在の状態 | | |
| 今後の治療方針 | | |
| 就業上の注意点 | | |
| 上記のとおり診断します  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　所　在　地  　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　医　　　師 | | |

第13号様式

　　　健　康　状　況　報　告　書　　（ 第 　　回 ）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職・氏名 |  | 男・女 | 年　　月　　日 生　（　　　歳） | |
| 復帰日 | 年　　　月　　　日 | | 復帰時の指導区分 | － |
| 健康状態（睡眠、食事、疲労、疾患に関わる症状等） | | | | |
| 治療状況（通院の頻度、服薬の状況等） | | | | |
| 職務内容（担当教科、学級、部活動、校務分掌等） | | | | |
| 勤務状況（休暇・遅刻・早退の状況、授業・その他の教育活動・事務的作業等の状況等） | | | | |
| コミュニケーションの状況（児童・生徒、保護者、教職員等） | | | | |
| 支援内容 | | | | |
| 本人の意見（所属長が聴き取って記入） | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　 所　属　名

所属長氏名

第14号様式

番　　　　　号

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 香川県教育委員会教育長 | 殿 |

所属名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長氏名

健 康 状 況 に 関 す る 意 見 書

このことについて、健康状況報告書の提出があったので、香川県教職員健康審査会運営要領第４の4の規定に基づき、下記のとおり意見を添えて提出します。

記

　所 属 長 の 意 見