

Ⅲ 調査・取りまとめ様式

別添の様式1から様式5-2は、調査漏れの防止、調査結果の迅速な取りまとめ、調査の簡略化等の観点から作成したものであるので、以下の点に留意の上、調査・取りまとめに当たって本様式を十分に活用すること。

なお、効率的な事務処理の観点から、本様式には、必要事項を簡潔に記載することとし、本様式を参考に事案ごとに様式を工夫して差し支えないものであり、特記事項等があれば、附記されたい。

○ 様式1について

様式1「精神障害の業務起因性判断のための調査復命書」は、調査結果及び専門医部会へ協議した結果を踏まえ、認定基準への的確な当てはめのもと、業務上外の判断を行うための復命書である。

〈構成〉

復命書表紙

- 1 総合判断
- 2-1 出現した心身の症状等に関する事項
- 2-2 自殺の状況に関する事項
- 3 業務による心理的負荷の有無及びその内容
- 4-1 業務以外の心理的負荷の有無及びその内容
- 4-2 個体側要因の有無及びその内容
- 5-1 主治医・産業医等の意見
- 5-2 部会・専門医の意見
- 6 就業条件等一般的事項
- 7 労働時間を認定した根拠

労働時間集計表

〈記載要領〉

復命書表紙

「事業場」：当該労働者が直接所属している事業場の情報を記載すること。

「業種」：日本標準産業分類による小分類を記載すること。

「事業場の労働者数」：当該労働者が直接所属している事業場の労働者数を記載すること。

「職種」：日本標準職業分類による小分類を記載すること。

「職位」：当該労働者の事業場内での職位を記載すること。

(例) 課長、一般社員、パート労働者等

「請求人の申述」：請求人が主張する業務による心理的負荷と請求理由を簡潔に記載すること。

「総合判断」：調査した事項について主治医意見または専門医、部会いずれかに協議した結果を踏まえた業務上外に関する判断及びその理由を簡潔に記載すること。

1 総合判断

認定要件に沿って、対象疾病の発病の有無及び発病時期、業務による心理的負荷の有無、業務以外の心理的負荷又は個体側要因により発病したか否かについての判断を取りまとめること。

「(2) 業務による心理的負荷」のうち、「具体的出来事」欄について、複数出来事が関連して生じている場合には、1つの枠の中で各出来事の心理的負荷の評価をし、全体の総合評価をすること。なお、恒常的長時間労働が認められる場合で心理的負荷の強度が「強」となるものについても、この欄に状況を記載すること。複数出来事が関連せずに生じている場合には、「関連しない複数の出来事の評価(理由)」欄で全体を総合的に評価すること。

「(2) 業務による心理的負荷」のうち「時間外労働時間数」欄については、「労働時間集計表」により算出した発病前6か月間における1か月ごとの時間外労働時間数を記載すること(労働時間集計表の作成を省略した場合は「集計表作成なし」にチェックする。)

2-1 出現した心身の症状等に関する事項

「当該疾病に関する精神科等の医療機関の受診状況」については、症状が出現した当時の業務従事状況等を含め、症状の出現から医療機関への受診までの当該労働者の症状経過等を、時間を追って記載すること。

2-2 自殺の状況に関する事項

自殺事案の場合に記入すること。通常は遺族等から提出される死亡診断書(死体検案書)又は剖検報告書等の内容を記載することで足りる。必要に応じて、死体検案医又は剖検担当医から意見書を徴し、その意見書の概要を記載すること。

3 業務による心理的負荷の有無及びその内容

業務による心理的負荷に関し、出来事の有無や、出来事ごとにどのような調査結果であったのか、どのような事実が認定できたのかを取りまとめること。

4-1 業務以外の心理的負荷の有無及びその内容

業務以外の心理的負荷に関し、出来事の有無や、出来事ごとにどのような調査結果であったのか、どのような事実が認定できたのかを取りまとめること。

4-2 個体側要因の有無とその内容

個体側要因の有無とその内容について取りまとめること。

5-1 主治医・産業医等の意見

「主治医の意見」は、発病前の主治医（既往症の治療担当医）、発病後の主治医（労災請求に係る疾病の治療担当医）から、また、「産業医等の意見書」は、当該事業場に選任されている産業医において、当該労働者の健康状態等を把握し、指導等が行われている場合に当該産業医から意見書を徴し、その意見書の概要を記載すること。「専門医の意見書（請求人提出）」は請求人から専門医の意見書が提出された場合に、当該専門医の意見書の概要を記載すること。

5-2 部会・専門医の意見

部会・専門医による事案の検討結果について、結論を取りまとめること。

6 就業条件等一般的事項

「職歴」については主要なものを、「現在の事業場に雇入後の配属先」については直近のものを含め主要なものを記載すること。

「労働時間制度」については、当該労働者に対し適法に適用される労働時間制度を記載すること。例えば、事業主は事業場外労働に関するみなし労働時間制を採用している認識であっても、法定要件を欠いているような場合には、適用される労働時間制度としては通常の労働時間制度を選択し、当該経緯を特記事項に記載すること。ただし、過労死等の労災補償状況の統計公表の関係から、専門業務型裁量労働制及び企画業務型裁量労働時間制については、事業主が当該労働者について裁量労働制を採用している認識であれば、裁量労働制を選択し、法定要件を欠いているような場合には、さらに「不適法」にチェックすること（適法な場合は「適法」にチェックすること）。

「通常の労働時間制度」については、所定労働時間が1日8時間以内、かつ、週40時間以内（労働基準法第40条の特例の適用を受ける場合は週44時間以内）の労働時間制度をいうこと。したがって、例えば1日6時間労働で週3日勤務である場合は、「通常の労働時間制度」となる。

また、発病前6か月の間に適用される労働時間制度が変更された場合には、発病時に適用されていた労働時間制度を選択し、変更される前の労働時間制度については、特記事項に記載すること。

「勤務形態」については、特別加入者の場合は、④その他を選択し、特別加入（1種）等と記載すること。

「当該労働者の日常業務」については、単に職種や役職にとどまらず、具体的な業務内容、作業環境等のほか、1日の業務の流れ等について記載し、さらに、発病前おおむね6か月間に業務内容の変更等がある場合は、変更前の業務内容等についても記載すること。

7 労働時間を認定した根拠

「労働時間の認定資料」については、当該労働者の労働時間の把握、認定において採用した労働時間関係資料をチェックすること。

「労働時間の認定方法」については、当該労働者の労働時間の認定方法について具体的に記載すること。

○ 様式2-1及び様式2-2について

様式2-1「精神障害事案に係る医学意見の依頼について(伺い)」は、様式1の「総合判断」をするに当たり、求めるべき医学意見を判断するためのものであり、様式2-1に様式2-2「依頼事項」及び様式1を活用して取りまとめた調査資料等を添付して決裁を仰ぐことを想定している。

主治医意見に加え、専門医意見又は専門部会意見による場合は、様式2-2により意見を求めること。なお、様式2-2は、「意見書の提出依頼について」(昭和33年7月12日付け基発第454号様式3)の別紙として活用することを想定している。

○ 様式3について

様式3「申立書」は、労災請求の際に請求人に記入・提出を依頼するものであり、請求人の聴取に係る負担の軽減と保険給付決定のための効率的な調査を図るためのものである。

○ 様式4について

様式4「使用者報告書」は、当該労働者が所属している事業場の使用者に記入・提出を依頼するものであり、事業場関係者の聴取に係る負担の軽減と付随する資料収集を効率的に行うためのものである。

○ 様式5-1及び様式5-2について

様式5-1「依頼事項」は、「意見書の提出依頼について」(昭和33年7月12日付け基発第454号様式3)の別紙として、様式5-2は「意見書の提出について」(同通達様式4)の別紙として活用することを想定したものである。

精神障害の業務起因性判断のための調査復命書

局 署										整理番号	
署長	副署長	課長	給付調査官	係長	係	復命年月日					
						年	月	日			
署長判決・指示事項						調査官職氏名					
1. 調査官意見のとおり決定する。(年 月 日)						受付年月日	年 月 日				
2. 下記事由により再調査を要する。						請求種別	<input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> 休業 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 葬祭 <input type="checkbox"/> 障害 その他 ()				
事業場	名称					代表者名					
	所在地	〒0000-0000 旭									
	労働保険番号										
	業種 (日本標準産業分類)				事業場の労働者数	名					
被災労働者	ふりがな氏名	(男・女)			生年月日	年 月 日 (歳)					
	住所	〒0000-0000 旭									
	職種 (日本標準職業分類)				職位						
					雇入年月日	年 月 日					
ふりがな請求人		(続柄)									
疾患名及び発病時期 (決定時)		(年 月 旬頃発病：発病時 歳)									
現在の状況		生存・死亡(死亡年月日： 年 月 日 死亡時年齢 歳)									
請求人の申述											
総合判断		[調査官の意見] 本件は、業務上・業務外 と考える。(<input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 専門医 <input type="checkbox"/> 部会 意見による判断)									
		(理由)									

1 総合判断

(1) 発病の有無等

精神障害発病の有無	有・無	発病時期	年 月 日(頃)
疾患名 (ICD-10診断ガイドラインによる)			

(2) 業務による心理的負荷

特別な出来事の 評価	心理的負荷が極度のもの・極度の長時間労働	
業務による出来事及び出来事後の状況の評価	<p>具体的出来事</p> <p>(出来事：) 平均(I・II・III)</p> <p>(関連する出来事：) 平均(I・II・III)</p> <p>出来事が起きた時期： 具体的な内容及び評価：</p>	<p>心理的負荷の 総合評価の強度</p> <p>弱 中 強</p>
	<p>(出来事：) 平均(I・II・III)</p> <p>(関連する出来事：) 平均(I・II・III)</p> <p>出来事が起きた時期： 具体的な内容及び評価：</p>	<p>弱 中 強</p>
	<p>(出来事：) 平均(I・II・III)</p> <p>(関連する出来事：) 平均(I・II・III)</p> <p>出来事が起きた時期： 具体的な内容及び評価：</p>	<p>弱 中 強</p>

関連しない複数の出来事の評価 (理由)						
時間外労働 時間	発病前1か月	発病前2か月	発病前3か月	発病前4か月	発病前5か月	発病前6か月
	時間分	時間分	時間分	時間分	時間分	時間分
	起算日 年 月 日			<input type="checkbox"/> 集計表作成なし		
恒常的長時間労働の評価	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 労働時間を加味せず「中」の出来事の後に1か月おおむね100時間の時間外労働 <input type="checkbox"/> 労働時間を加味せず「中」の出来事の前に1か月おおむね100時間の時間外労働があり、出来事後すぐに発病又は事後対応に多大な労力を費やした後発病 <input type="checkbox"/> 労働時間を加味せず「弱」の出来事前後にそれぞれ1か月おおむね100時間の時間外労働					
業務による心理的負荷の強度の評価	弱 中 強					

(3) 業務以外の心理的負荷及び個体側要因

出来事の有無	<input type="checkbox"/> 確認できなかった <input type="checkbox"/> 確認できた出来事は下記のとおりである		
業務以外の出来事の内容	具体的出来事		
			I II III
個体側要因の有無	<input type="checkbox"/> 確認できなかった <input type="checkbox"/> 確認できた事項は下記のとおりである		
個体側要因の内容 (精神障害の既往歴、アルコール等依存状況等)			
業務以外の出来事及び個体側要因の評価	<input type="checkbox"/> 顕著な業務以外の心理的負荷又は個体側要因があり、かつ、これにより発病したと認められる ※(2)の評価が「強」であって、(3)により業務起因性が否定される場合のみチェック		

2-1 出現した心身の症状等に関する事項

当該疾病に関する精神科等の医療機関の受診状況	医療機関名		受診期間				病名
	初診	[]	[]	年	月～	年	月) []
		[]	[]	年	月～	年	月) []
		[]	[]	年	月～	年	月) []
		[]	[]	年	月～	年	月) []
年・月	請求人の申述	資料No.	調査結果				資料No.

2-2 自殺の状況に関する事項

自殺の状況	自殺の手段	資料No.
	<div data-bbox="343 347 826 376" data-label="Text"> <p>自殺直前の状況（特記事項がある場合のみ記載）</p> </div> <div data-bbox="343 526 619 555" data-label="Text"> <p>遺書の有無： 有・無</p> </div> <div data-bbox="391 571 507 600" data-label="Text"> <p>遺書の内容</p> </div>	
	<div data-bbox="343 1108 1316 1187" data-label="Text"> <p>検視者： 所属 警察署 職名 氏名</p> </div> <div data-bbox="343 1243 1316 1321" data-label="Text"> <p>検案医師： 所属 病院・医院 職名 氏名</p> </div> <div data-bbox="343 1388 507 1417" data-label="Text"> <p>判定された死因</p> </div>	

3 業務による心理的負荷の有無及びその内容

出来事：

年・月	請求人の申述	資料No.	調査結果	資料No.

認定事実

4-1 業務以外の心理的負荷の有無及びその内容

出来事:				
年・月	請求人の申述	資料No.	調査結果	資料No.
認定事実				

4-2 個体側要因の有無及びその内容

個体側要因（有・無）
 上記が有の場合その内容

5-1 主治医・産業医等の意見

	(概要)	資料No.
主治医の意見書 〔有・無〕	診療記録等の収集〔有・無〕	
産業医・専門医 (請求人提出)等 の意見書 〔有・無〕	(概要)	

5-2 部会・専門医の意見

<p>部会 ・ 専門医 (監督署長依頼) の意見書</p>	
---	--

6 就業条件等一般的事項

学 歴	最終学歴〔中学校・高等学校・大学・大学院・その他() 年 月 日 卒業・中退〕	資料No.
職 歴 〔直近のものから記載すること。〕	<p>事業場名 職 種</p> <p>〔) 〔 年 月 日～ 年 月 日〕〔)</p> <p>〔) 〔 年 月 日～ 年 月 日〕〔)</p> <p>〔) 〔 年 月 日～ 年 月 日〕〔)</p>	
現在の事業場に雇入後の配属先 〔直近のものから記載すること。〕	<p>配属先 職 種</p> <p>〔) 〔 年 月 日～ 年 月 日〕〔)</p> <p>〔) 〔 年 月 日～ 年 月 日〕〔)</p> <p>〔) 〔 年 月 日～ 年 月 日〕〔)</p> <p>〔) 〔 年 月 日～ 年 月 日〕〔)</p>	
<p>所定労働時間、所定休憩時間、所定休日等</p> <p>〔当該労働者について記載すること。〕</p>	<p>所定労働時間</p> <p>所定始業時刻： 時 分 (1日) 時間 分</p> <p>所定終業時刻： 時 分 (1週間) 時間 分</p> <p>所定休憩時刻： 時 分～ 時 分 (休憩時間 時間 分)</p> <p>所定休日： ①週休1日制 ②週休2日制 ③カレンダー等により指定 ④その他</p> <p>〔 特記事項 〕</p> <p>労働時間制度： ①通常の労働時間制度 ②変形労働時間制〔1週間・1か月・1年〕</p> <p>③フレックスタイム制 ④事業場外労働に関するみなし労働時間制</p> <p>⑤専門業務型裁量労働制〔適法・不適法〕</p> <p>⑥企画業務型裁量労働制〔適法・不適法〕</p> <p>⑦高度プロフェッショナル制度 ⑧管理監督者 ⑨その他</p> <p>〔 特記事項 〕</p> <p>勤務形態： ①日勤勤務 ②交替制（日勤・夜勤） ③隔日勤務 ④その他</p> <p>〔 特記事項 〕</p> <p>雇用形態： ①正規職員・従業員 ②契約社員 ③派遣労働者</p> <p>④パート・アルバイト ⑤その他</p> <p>〔 特記事項 〕</p> <p>その他特記事項：</p> <p>〔 〕</p>	

<p>当該労働者の 日常業務</p> <p>〔 具体的に記載 すること。 〕</p>		資料No.
<p>事業場(所属部署)内 における当該労働者 の位置づけ</p> <p>〔 組織図により表 すと共に調査対 象者には○印を 付記すること。 〕</p>		
<p>事業場以外にお ける当該労働者 との相関図 (家族・友人等)</p> <p>〔 組織図により表 すと共に調査対 象者には○印を 付記すること。 〕</p>		

労働時間集計表 (

~

)

(発病前 () か月目)

	労働時間 (始業~終業)	1日の 拘束時間数	1日の 労働時間数	勤務間の インターバル	備考	総労働 時間数	時間外 労働時間数
/ ()	~					①	⑥ = ① - 40
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~					②	⑦ = ② - 40
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~					③	⑧ = ③ - 40
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~					④	⑨ = ④ - 40
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~						
/ ()	~					⑤	⑩ = ⑤ - X ()
/ ()	~						
合 計						①~⑤	⑥~⑩

精神障害事案に係る医学意見の依頼について（伺い）

局 署											
署 長		副 署 長		課 長		給 付 調 査 官		係 長		係	
署長指示事項						調 査 官 氏 名					
1. 調査官意見のとおり決定する。 (年 月 日)											
2. 下記事由により再調査を要する。						被 災 労 働 者 氏 名					
						請 求 人 氏 名					
<p>〔調査官の意見〕</p> <p>本件について、下記によることとしたい</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の事案に該当することから、様式2-2により専門医の意見を求める</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 対象疾病の治療歴がない自殺事案</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 業務による心理的負荷に係る認定事実の評価が「強」に該当しない （「中」又は「弱」である）事案</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 業務による心理的負荷に係る認定事実の評価が「強」に該当するか判断し難い 事案</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 主治医意見に補足が必要と判断した事案 （悪化、新たな発病、業務以外の心理的負荷又は個体側要因が顕著か否か不明等）</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の事項※について高度な医学的検討が必要であるので、様式2-2により専門 部会の合議による意見を求める</p> <p style="margin-left: 20px;">※（発病の有無、悪化、新たな発病、心理的負荷の強度、業務以外の心理的負荷又 は個体側要因による発病か否か、その他（ ））※いずれか該当する項目に○を付ける</p>											

依 頼 事 項

_____に発病した精神障害に関して労災保険に請求がありましたが、業務上外の判断をする上で必要がありますので、下記事項について、ご意見等を賜りますようお願いいたします。

なお、ご照会事項の詳細は別添調査資料のとおりであり、署の見解は別紙に記載しております。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、_____月_____日までにご回答くださいますようお願い申し上げます。

記

- 1 対象疾病の発病の有無、疾患名及び発病時期について
対象疾病の発病が有の場合は疾患名及び発病時期と、そのように診断された理由も併せて、ご回答ください。

- 2 業務による出来事の心理的負荷の強度の評価について
出来事ごとの心理的負荷の総合評価と、複数の出来事についての全体の総合的な評価、また、そのように判断された理由も併せて、ご回答ください。

- 3 業務以外の心理的負荷及び個体側要因の評価について
業務以外の心理的負荷又は個体側要因により発病したことが明らかであると判断できるか否かについて、そのように判断された理由も併せて、ご回答ください。

- 4 業務起因性に関する判断について
1から3のご回答を踏まえて、当該精神障害の発病は業務に起因するものか否かについて、ご回答ください。

- 5 その他参考事項

署の見解は次のとおりです。

- 1 発病の有無、時期、疾患名
- 2 業務による心理的負荷の強度の評価
- 3 業務以外の心理的負荷及び個体側要因の評価
- 4 業務起因性に関する判断

申立書の提出についてのお願い

労災保険給付の請求が行われますと、労働基準監督署では、保険給付を行うことができるかを判断するために必要な調査を行うこととなります。調査に当たり、請求人の方から詳しくお話をお聴きする（聴取といいます。）こととなりますが、申立書をご提出いただければ、この申立書によって聴取を省略できる場合があります。また、聴取を行う場合でも短時間に行うことができます。

そのため、請求人の方には申立書の提出をお願いしています。

ただし、申立書の提出は強制ではありませんので、職員に直接話すことを希望する場合等には提出しないこともできます。

また、各項目については、精神障害を発病した方に関して記入していただくものです。

なお、本申立書は、労災保険給付の決定のためだけに使用するものであることを申し添えます。

申 立 書

年 月 日

請求人氏名

（署名又は記名してください）

※ 請求人と「申立書」の作成者が異なる場合には、次の「作成者氏名」及び「請求人との関係」を記してください。

作成者氏名

（署名又は記名してください）

（請求人との関係）

ご病気について

1 精神的な症状はいつ頃から始まりましたか。

_____年_____月（_____歳頃）から

2 その症状を含めて、どのような症状がどの位続いたのかについてできるだけ詳しく教えてください。
また、病院に行くことになったきっかけについても教えてください。

3 現在の精神症状に関する産業医の面談の有無や治療の経緯を教えてください。(病院を変わっている場合はそのすべてを教えてください)

・産業医面談

※①又は②のいずれかを丸で囲み、①の場合には、内容を記入してください。

① ある
内容

② ない

・治療の経緯

医療機関名	受診期間	病名
(初診)	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	

仕事について

4 勤務状況等について教えてください。

事業場名	
配属先 (所属の部、課、係)	
従事する具体的な作業の内容	
所定労働時間	始業時刻： 終業時刻： 休憩時間：
所定休日	週休1日制 ・ 週休2日制 ・ その他 ()

発病前おおむね6か月間に時間外労働はありましたか。

・発病前1か月

- ① 毎日あった
- ② 月の半分以上はあった
- ③ 全くなかった

} 1か月間の時間外労働はどのくらいありましたか。

_____時間程度

④ わからない

・発病前1か月を含む発病前6か月

① 毎日あった

② 月の半分以上はあった

③ 全くなかった

④ わからない

1か月間の時間外労働は
どのくらいありましたか。



最も長い月 _____ 時間程度

最も短い月 _____ 時間程度

5 精神障害の発病前おおむね6か月の間に仕事の関係であなたが体験した出来事であって、精神障害の発病の直接の原因と考えている（ストレスとなった）出来事について、パンフレット5ページの別表1（業務による心理的負荷評価表）を参考に、具体的出来事及び出来事が発生した時期をそれぞれ記入してください。

出来事1

業務による具体的出来事：

発生時期：

出来事2

業務による具体的出来事：

発生時期：

出来事3

業務による具体的出来事：

発生時期：

出来事4

業務による具体的出来事：

発生時期：

この欄に書ききれない場合には、別紙添付してご記入ください。

仕事以外について

6 発病前6か月の間に、仕事の関係以外にあなた自身や身の回りで起きた出来事で、次の表の項目にあてはまる出来事がありましたら、その項目の右の該当欄に○印と出来事があった時期を記入してください。

自分や身の回りで起きた出来事	該当	出来事があった時期
離婚又は配偶者と別居した		年 月頃
自分が重い病気やケガをしたまたは流産した		年 月頃
配偶者、子供、親又は兄弟姉妹が死亡した		年 月頃
配偶者や子供が重い病気やケガをした		年 月頃

自分や身の回りで起きた出来事	該当	出来事があった時期
親類の誰かで世間的にまずいことをした人が出た		年 月頃
多額の財産を損失した又は突然大きな支出があった		年 月頃
天災や火災などにあった又は犯罪に巻き込まれた		年 月頃

その他気になることがありましたら記入してください。

7 今回、精神障害を発病する前の飲酒による問題や病院での治療歴について教えてください

(1) お酒が原因で会社を休んだり、病院にかかったり、その他生活に支障が出たことはありますか。
※①又は②のいずれかを丸で囲み、①の場合には、内容を記入してください。

① ある (内容:) ② ない

(2) 現在の精神障害を発病する前に、精神科に受診して治療を受けたことがありますか。
※①又は②のいずれかを丸で囲み、①の場合には、病名等を記入してください。

① ある ② ない

病名	発病時期	治療期間	医療機関名
	年 月	年 月 ～ 年 月	
	年 月	年 月 ～ 年 月	
	年 月	年 月 ～ 年 月	
	年 月	年 月 ～ 年 月	

8 学歴及び職歴を教えてください。

・最終学歴 { 中学校・高等学校・大学・大学院・その他（}）

_____学部 _____学科

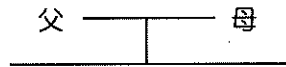
_____年 _____月 卒業・中退

・職歴

事業場名	年 月 日～ 年 月 日	職 種
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	

9 家族構成を教えてください。
同居している人を○で囲んでください。

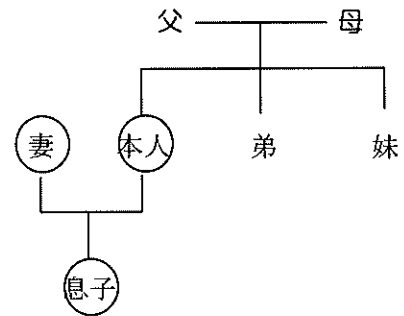
両親



本人・兄弟
夫・妻

子ども

記入例)



10 次の資料がありますか。※①又は②のいずれかを丸で囲み、①の場合は、コピーを添付してください。

(1) 人間ドックや健康診断の記録

- ① ある ② ない

(2) 出勤・帰宅時刻・残業時間など勤務状況を記録（メモ）していたもの（例えば手帳、日記、カレンダー、メール、その他参考となる資料）

- ① ある ② ない

- 11 最後に、あなたが今回の精神障害の発病が業務に原因があると考え理由を詳しく教えてください。
また、その他調査に当たり参考となる特記事項がありましたら記入してください。

様式4

使用者報告書

労働基準監督署長 殿

年 月 日

事業場名称

事業場所在地

代表者氏名

担当者部署

氏 名

所属労働者（被災労働者）「」について下記のとおり報告します。
(必要に応じ別添資料〇〇のとおりなどと回答いただいて差し支えありません)

1 事業の概要等について

(1) 事業の概要

(2) 労働者数

- | | |
|-------------|---|
| ①企業全体 | 人 |
| ②被災労働者所属事業場 | 人 |
| ③被災労働者所属部署 | 人 |

(3) 被災労働者所属部署の概要（所属の部、課、係、所掌業務概要・所在地）

2 労働条件について

(1) 所定労働時間

時 分～ 時 分 時間 分

(2) 休憩時間

時 分～ 時 分 時間 分

時 分～ 時 分 時間 分

時 分～ 時 分 時間 分

(3) 所定休日

週休1日制・週休2日制・カレンダー等により指定・

その他（ ）

上記の他に特別な休日がある場合には、記載してください。

例：年末年始休暇（6日間）など

(4) 適用される労働時間制度

通常の週40時間労働制・変形労働時間制（1週間・1か月・1年）・

フレックスタイム制・事業場外労働に関するみなし労働時間制・

裁量労働制（専門型・企画型）・高度プロフェッショナル制度・

管理監督者・その他（ ）

(5) 勤務形態

日勤勤務・交替制（日勤・夜勤）・隔日勤務・

その他（ ）

(6) 出退勤の管理の方法

- | | | | |
|---------------|---|---|---|
| ①出勤簿 | 有 | ・ | 無 |
| ②タイムカード | 有 | ・ | 無 |
| ③管理者による確認 | 有 | ・ | 無 |
| ④本人の申告（勤怠表） | 有 | ・ | 無 |
| ⑤業務日報 | 有 | ・ | 無 |
| ⑥施錠管理（入場退場）記録 | 有 | ・ | 無 |
| ⑦警備記録 | 有 | ・ | 無 |
| ⑧被災労働者専用のパソコン | 有 | ・ | 無 |
| ⑨その他 | 有 | ・ | 無 |

「⑨その他」が「ある」の場合は、その資料の名称、内容

[]

(7) 賃金等

月給・日給月給・日給・時間給・出来高・
その他（ ）
賃金締切日：毎月 日

(8) 賞与等

支給の有無： 有 ・ 無
支給時期： 月 日、 月 日、 月 日

3 被災労働者について

(1) 経歴について

	所属部署名	職種・業務内容	期 間
入 社 後			年 月 日から 年 月 日まで
			年 月 日から 年 月 日まで
			年 月 日から 年 月 日まで
			年 月 日から 年 月 日まで

(2) 雇用形態

正社員・期間契約社員・派遣労働者・パート・アルバイト・
その他（ ）

(3) 兼業の有無

有 ・ 無

有の場合の勤務先・勤務時間

(4) 被災労働者の日常業務

(業務内容、職位(役職)、業務の難易度、責任の程度、業務の密度など)

(5) 被災労働者の業務の繁忙期及び閑散期【 年 月～ 年 月当時】
(年単位、月単位、週単位、1日のうちの時間帯など、その理由)

(6) 時間外労働の状況について【 年 月～ 年 月当時】
(早出・残業・休日出勤はどのような時にどの程度あるか。各個に理由と平均時間数)

4 被災労働者の健康状態等について

(把握している範囲でご回答ください。)

(1) 本件精神障害発病前の様子 (欠勤の有無や心身の変調等)

(2) 本件精神障害発病前に会社で把握していた健康状態について
(産業医面談の有無、医師への受診状況等)

(3) 本件精神障害発病以前の精神障害の発病の有無
(有の場合、休職期間や就労制限又は就労復帰の状況等)

5 使用者として本件精神障害発病に関する意見

(当該被災労働者の発病の原因となった「業務による出来事」など、何かご意見があれば記載してください。)

資料一覧

1. 会社案内
2. 会社組織図
3. 所属事業場組織図
4. 所属部署組織図（被災労働者の上司、部下、同僚等がわかるもの）
5. 就業規則、時間外及び休日労働に関する協定書、（専門、企画）裁量労働制に関する労使協定、その他労使協定
6. 労働者名簿、労働条件通知書（雇入通知書、雇用契約書）、採用時の履歴書
7. 人事記録（社内履歴、人事考課、勤務評定等）
8. 被災労働者の業務内容に係る資料（業務内容・業務量のわかるもの）
9. 勤務時間の記録（出勤簿、タイムカード、自己申告記録等）
10. 賃金台帳
11. 定期健康診断結果、人間ドック結果、産業医の健康指導状況、長時間労働・高ストレス労働者に対する医師による面接指導記録（直近3年分）
12. 健康保険証等の写（記号番号、健康保険組合名、所在地等がわかるもの）
13. その他本件発病に関して参考となるものがあればその資料（社内調査記録等）

※ 上記資料については、期間の指定のあるものを除き、被災労働者の 〇〇年〇〇月から〇〇年〇〇月 当時の状況について確認するものですので、その当時の期間の状況がわかるものをお願いいたします。

なお、調査状況により、資料の追加をお願いする場合がございます。

依 頼 事 項

_____に発病した精神障害に関して労災保険に請求がありましたが、業務上外の判断をする上で必要がありますので、下記事項について、ご意見等を賜りますようお願いいたします。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、_____月_____日までにご回答くださいますようお願い申し上げます。

記

- 1 貴院への初診日についてご回答ください。
- 2 貴院に受診したきっかけ（来院経路等）及び初診時の主訴について、ご回答ください。
- 3 初診時における症状についてご回答ください。
- 4 疾患名とそのように診断された根拠について、ご回答ください。
（できる限り、ICD-10の診断ガイドラインに基づきお書きください）
- 5 発病時期とそのように診断された根拠について、ご回答ください。
（できる限り、発病時期は絞り込んでお書きください）
- 6 発病原因とそのように診断された根拠について、ご回答ください。
- 7 治療経過、投薬状況などの治療内容、現在の病状について、ご回答ください。また、既存の精神障害（治療中の精神障害）が、新たな心理的負荷等により悪化している場合、その時期や診断根拠についてもあわせてご回答ください。
- 8 貴院において治療中に、回復・寛解状態にあった時期、又は、症状が改善し安定した状態が一定期間継続していた時期があれば、その時期やそのように判断（診断）される根拠についてご回答ください。
- 9 精神障害の既往歴の有無、有りの場合はその内容について、ご存じであればご回答ください。
- 10 当署職員がこの方からの聴取を行うに当たっての制限又は留意事項があれば、ご回答ください。
- 11 精神障害が業務が原因で発病したか判断する上で参考となる事項があれば、ご回答ください。
- 12 ご意見の裏付けとなる資料等（問診票、診療録・看護記録、性格テスト、精神療法の結果、血液生化学検査等の結果、投薬状況などを記載したもの、その他治療経過に関して記載したもの）がございましたら、ご提出ください。

以上

意見書提出依頼のあった、_____に発病した精神障害に係る下記事項について、下記のとおり意見等を申し述べます。

- 1 当院への初診日について
- 2 当院に受診したきっかけ（来院経路等）及び初診時の主訴について
- 3 初診時における症状について
- 4 疾患名及びそのように診断した根拠について
- 5 発病時期及びそのように診断した根拠について
- 6 発病原因及びそのように診断した根拠について

- 7 治療経過、投薬状況などの治療内容、現在の病状について
既存の精神障害（治療中の精神障害）が、新たな心理的負荷等により悪化している
場合、その時期や診断根拠について
- 8 貴院において治療中に、回復・寛解状態にあった時期、又は、症状が改善し安定し
た状態が一定期間継続していた時期があれば、その時期やそのように判断（診断）さ
れる根拠について
- 9 精神障害の既往歴の有無、有りの場合はその内容について
- 10 当署職員が聴取を行うに当たっての制限又は留意事項
- 11 精神障害が業務が原因で発病したか判断する上で参考となる事項
- 12 意見の裏付けとなる資料等

以上
年 月 日

医療機関名 _____

医師氏名 _____