

## 職場復帰の可否等についての主治医意見書

|      |  |      |   |   |   |
|------|--|------|---|---|---|
| 患者氏名 |  | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 住所   |  |      |   |   |   |

|   |   |
|---|---|
| 復職に関する<br>意見                            | <input type="checkbox"/> 復職可 <input type="checkbox"/> 条件付き可 <input type="checkbox"/> 現時点で不可（休業：～   年   月   日） |
|   | 意見  |
| 業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと<br>(望ましい就業上の措置) | 例：重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や海外出張は避ける など<br>注）提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。   |
| その他配慮事項                                 | 例：通院時間を確保する、休憩場所を確保する など<br>注）治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。  |
| 上記の措置期間                                 | 年   月   日   ～   年   月   日   |

|   |
|---|
| 上記内容を確認しました。<br>平成   年   月   日   (本人署名) _____ |
|---|

上記のとおり、職場復帰の可否等に関する意見を提出します。

平成   年   月   日   (主治医署名) \_\_\_\_\_

(注)この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。