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					
	□ 復職可 □ 条件付き可 [□ 現時点で不	河(休業:~	年	月 日)
 復職に関する	意見				
意見					
高元					
	例:重いものを持たない、暑い場所での作	作業は避ける、車の	運転は不可、残業を	を避ける、長	長期の出張や
 業務の内容につ	海外出張は避ける など 注)提供された勤務情報を踏まえて、	、医学的見地からぬ	必要と考えられる配	慮等の記載	ばをお願いし
	ます。				
いて職場で配慮					
したほうがよい					
こと					
(望ましい就業					
上の措置)					
	例:通院時間を確保する、休憩場所を確保する など 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。				
 その他配慮事項	注)	11.思寺の記載をの別	見いします。		
この旧品思学項					
上記の措置期間	年 月 [∃ ~	年	月	日
上記内容を確認しました。					
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。					
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。