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	可(休業:^	~ 年	月日)
 復職に関する	意見					
意見						
	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	美を避ける、長	期の出張や
W 75 0	海外出張は避ける 注)提供された勤	など)務情報を踏まえて。	医学的見地から心	※要と考えられる	配慮等の記載	をお願いし
業務の内容につ	ます。		(E) #170-07 2x			と (3)病疾(*・0
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		 保する など			
		必要と考えられる		飢いします。		
その他配慮事項						
上記の措置期間	年	月 [∃ ~	年	月	日
上記内容を確認しました。						
平成年	月日	(本人署名	<u> </u>			_
トショットかり 一時担待にの司不等に関する帝日を担いします						
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。