

(別紙様式 49 の 2)

治療の状況や就業継続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 | | | | | |

| | |
|-------------------------------------|--|
| 病名 | |
| 現在の症状 | (通勤や業務遂行に影響を及ぼし得る症状や薬の副作用等) |
| 治療の予定 | (入院治療・通院治療の必要性、今後のスケジュール(半年間、月1回の通院が必要、等)) |
| 退院後／治療中の就業継続の可否 | <input type="checkbox"/> 可 (職務の健康への悪影響は見込まれない) <input type="checkbox"/> 条件付きで可(就業上の措置があれば可能) <input type="checkbox"/> 現時点で不可(療養の継続が望ましい) |
| 業務の内容につ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：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 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 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。 年 月 日 (本人署名) _____ |
|------------------------------------|

上記のとおり、診断し、就業継続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。