

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 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 (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、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。