

年 月 日

職場復帰支援に関する情報提供依頼書

病院 クリニック 先生 御机下

〇〇株式会社 〇〇事業場  
産業医 印  
Tel 〇-〇-〇

下記1の弊社従業員の職場復帰支援に際し、下記2の情報提供依頼事項について任意書式の文書により情報提供及びご意見をいただければと存じます。

なお、いただいた情報は、本人の職場復帰を支援する目的のみに使用され、プライバシーには十分配慮しながら産業医が責任を持って管理いたします。

今後とも弊社の健康管理活動へのご理解ご協力をよろしくお願い申し上げます。

記

1 従業員

氏名 〇〇〇〇 (男・女)  
生年月日 年 月 日

2 情報提供依頼事項

- (1) 発症から初診までの経過
- (2) 治療経過
- (3) 現在の状態 (業務に影響を与える症状および薬の副作用の可能性なども含めて)
- (4) 就業上の配慮に関するご意見 (症状の再燃・再発防止のために必要な注意事項など)
- (5) \_\_\_\_\_
- (6) \_\_\_\_\_
- (7) \_\_\_\_\_

(本人記入)

私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成ならびに産業医への提出について同意します。

年 月 日 氏 名 印

職場復帰支援に関する面談記録票

記録作成日 年 月 日 記載者 ( )

事業場	所 属	従業員番号	氏 名	男 ・ 女	年 齢
面談日時 : 年 月 日 時	出席者 : 管理監督者 ( ) 人事労務担当者 ( ) 産業医 ( ) (統括責任者◎) 産業保健スタッフ ( ) 他 ( )				
これまでの経過のまとめ	連絡先:				
主治医による意見	医療機関名:	主治医:			
	治療状況等				
	業務配慮についての意見:				
	・本人の状態				
	・職場環境				
	・その他				
現状の評価・問題点	・職場復帰予定日: 年 月 日 ・管理監督者による業務上の配慮 ・人事労務管理上の対応事項 ・産業医意見 ・フォローアップ ・その他				
職場復帰支援プラン作成のための検討事項 (復帰時及びそれ以降の予定も含めて)					
職場復帰の可否	可・不可(理由: 年 月 日 時 面談予定者: )				
次回面談予定					