

# 治療の状況や就業継続の可否等について主治医の意見を求める際の様式例 (診断書と兼用)

|      |  |      |   |   |   |
|------|--|------|---|---|---|
| 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)<br><input type="checkbox"/> 条件付きで可(就業上の措置があれば可能)<br><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<br>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<br>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。<br>平成 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。

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。

