

## 職場復帰の可否等について主治医の意見を求める際の様式例

|      |  |      |                 |
|------|--|------|-----------------|
| 患者氏名 |  | 生年月日 | 年      月      日 |
| 住所   |  |      |                 |

|                                                     |                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 復職に関する<br>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）<br>意見 |
| 業務の内容について職場で配慮<br>したほうがよい<br>こと<br>(望ましい就業<br>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<br>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、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。