**職場復帰の可否等についての情報提供書**

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

|  |  |
| --- | --- |
| 復職に関する意見 | □ 復職可　□ 条件付き可　□ 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。