

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 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
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。
治療に対する 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。 令和 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。

令和 年 月 日 (主治医署名) _____

住所 _____ 電話番号 _____

- ※ 1 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。
- ※ 2 職場復帰・就業継続の可否や具体的な就業上の配慮等に関しては、主治医の意見をもとに、産業医等の意見を勘案しつつ、労働者と十分話し合った上で、事業者が最終的に決定するものです。