**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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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） |  |
| その他配慮事項 |  |
| 上記の措置期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |
| --- |
| 上記内容を確認しました。  　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。