**職場復帰の可否等について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 　 年 月 日 |
| 医療機関名　　○○クリニック先生  |  | 〒東京都○○区○○1－2－3 |
|  | ○○株式会社 |
|  | 人事部　　○○○○ |
|  | TEL　03-1234-5678／FAX 03-1234-5679 |
|  | メールアドレス |

平素より弊社従業員　○○○○ （現在　□休職中　□その他（　　　　　　　　　　） ）　のご高診を賜り、誠にありがとうございます。

別紙 「職場復帰に向けた勤務情報等のご連絡」 をご覧いただき、職場復帰に関するご意見や医学的見地から必要と考えられる配慮等につきまして、記載をお願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 従業員番号 |  | 休職期間満了日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |
| 復職に関する意見（該当する□に✓をご記入ください） | **□** 職場復帰可　**□** 条件付きで可**□** 現時点で不可（休業：　～　　年　　月　　日） |
| 意見 |
| 業務内容や就業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。　別紙による情報提供を踏まえて、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）

|  |
| --- |
| 上記の職場復帰の可否等について確認しました。　　 年　　　　 月 　　 　日　　　　（本人署名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |

(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。