年　　月　　日

**職場復帰支援に関する情報提供依頼書**

病院名

　　　　　　　　　　　先生　御机下

〒

東京都○○区○○1-2-3

株式会社○○○○　○○事業場

産業医　□□□□　印

TEL：03-1234-5678

謹啓　時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

弊社従業員の職場復帰支援に際し、本人の同意のもと、下記の情報提供依頼事項について任意書式の文書により情報提供およびご意見を頂ければと存じます。

いただいた情報は、本人の職場復帰を支援する目的のみに使用され、プライバシーに十分配慮しながら産業医が責任を持って管理いたします。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、何卒宜しくお願い申し上げます。

謹白

**1. 従業員氏名等**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | （ 男 ・ 女 ） |
| 生年月日 | （ 昭和 ・ 平成 ） 　　年　　　月　　　日 |

**2. 情報提供依頼事項**

|  |
| --- |
| （1）発症から初診までの経過 |
| （2）治療経過 |
| （3）現在の状況（業務に影響を与える症状および薬の副作用の可能性なども含めて） |
| （4） 就業上の配慮に関するご意見（疾患の再燃・再発防止のために必要な注意事項など） |
| （5）今後の通院・治療の必要性について（その頻度や期間など） |
| （6）その他 |

**3. 本人の同意（本人記入）＜医療情報開示同意書＞**

|  |
| --- |
| 私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成並びに産業医への提出について同意します。　　　　　年　　月　　日　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |