様式４

**職場復帰の可否等についての主治医の意見書**

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

※この様式は診察時点の主治医意見であり、病状等により復職に関する意見や配慮等は変わります。

|  |  |
| --- | --- |
| **会社（事業所）が主治医に確認したいこと** | |
| 患者本人の同意のもと、会社（事業所）が患者（労働者）の復職状況を見て、主治医に聴きたいことを書いて、医療機関に提出します。 | | |
| 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） | 注）提供された勤務情報（様式2）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.  　□座位で仕事する場合　　□立位軽作業の場合　　□立位重労働の場合　□その他 | |
| その他配慮事項 | 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.  　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.