　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式４

**記載例**

**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  　１９××　　　４　　　　１ |
| 住所 | 東京都○○区○○丁目○－○－○○ | | |

※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** | |
| 例：倉庫で商品の搬入・搬出でフォークリフトの運転や高所作業をしていますが、このまま  　引き続き作業をさせていいものか。その場合に気をつけることはなにか。配置転換も考えて  　おりますが先生のご意見を伺います。 | | |
| 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） | |
| 意見例：今、人工肛門を装着しています。会社が懸念する就労時間は次の配慮があれば終日、勤務が可能です。配置転換の場合は座位の仕事を人工肛門閉鎖するまでお願いします。その後の就労は閉鎖後に病状を診て判断しましょう。 | |
| 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  例：高所作業や重いものを持つなど腹部に力を入れる作業、また暑い場所での作業は避ける.  　トイレの回数が頻回となるので配慮ください.異臭等ご本人が気にされるので配慮ください。  例：化学療法は２週投与、１週休みを８クール（回）２４週行います.　倦怠感やむくみなどの症状がありますが、会社の方は本人とよく話して作業内容に配慮ください. | |
| 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.  例：化学療法は内服投与で毎日通院の必要はありません.通院時の時間を確保する. | |
| 上記の措置期間 | ２０××　年　７　月中旬　日～　　２０××　年　５　月　末　　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.