復職に関する主治医意見書

従業員氏名		生年月日	年　　月　　日
疾病名			

復職に関するご意見、現在の状態等	□ 復職可（弊社の職場復帰基準を満たす） □ 現時点で不可（休業すべき期間：　　年　月　日まで）
	該当する□にチェックをお願いします □ 本人が復職に十分な意欲を示している □ 通勤時間帯に一人で安全に通勤ができる □ 決まった勤務日、時間に就労が継続して可能である □ 業務に必要な作業をこなすことができる □ 作業による疲労が翌日までに十分回復する □ 適切な睡眠覚醒リズムが整っており、昼間に眠気がない □ 業務遂行に必要な注意力や集中力が回復している
業務内容について職場で配慮した方がよいこと（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 提供された勤務情報を踏まえて、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	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

上記内容を産業医へ共有することについて確認しました。

令和　　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。

令和　　年　　月　　日　　（主治医署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(注)この書類は、ご本人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。ご本人から会社へ提供後、プライバシーに十分配慮して管理されます。