年　　月　　日

**職場復帰支援に関する情報提供書(復職診断書)**

下記の弊社従業員の職場復帰支援に際し、下記の内容についての情報提供及びご意見をお願いいたします。

株式会社　　　　　　　　　　　　所属　　　　　　　従業員氏名

(主治医記入欄)

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 | 生年月日　　　年　　月　　日(男・女) |
| 診断書病名または状態： | |
| 現在の状態(業務に影響を与える可能性など、回復の程度)： | |
| 治療経過： | |
| 治療継続の必要性、今後の見通しなど： | |
| 就業の可否：　1．可　　　2．条件付き可　　　3．否 | |
| ※上記において2．条件付き可の場合の就業条件  (1)就業時間  (2)業務内容  (3)業務上の車両運転・機械運転の可否  (4)その他  ※就業上の配慮に関するご意見(症状の再燃・再発防止のために必要な注意事項など) | |
| 上記のとおり情報を提供いたします。  　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医名　　　　　　　　　　　　　　印 | |