

職場復帰の可否等に関する主治医意見書（記載例）

患者氏名	旭川 花子	生年月日	〇〇年〇月〇日
住所			

復職に関する意見	<input type="checkbox"/> 復職可 <input checked="" type="checkbox"/> 条件付き可 <input type="checkbox"/> 現時点で不可（休業：～ 年 月 日）
	意見 就業上の配慮があれば復職可能と判断する。
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）	治療日およびその後3日は体調不良が予測され、休業が望ましい。 その後は、短時間勤務および超過勤務の制限が望ましい。
その他配慮事項	例：通院時間を確保する、休憩場所を確保する など 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	〇〇年 〇月 〇日 ～ 〇〇年 〇月 〇日

上記内容を確認しました。 平成 〇〇年〇月〇日 （本人署名） <u>旭川 花子</u>
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 〇〇年〇月〇日 （病院名） <u>旭川医科大学病院</u> （主治医署名） <u>医大 〇雄</u>

(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。