**様式 4**

**職場復帰に関する面談記録票**

記録作成日 年 月 日 記載者（ ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業場 |  | | | | 所属 |  | | | | 従業員番号 | | 氏 名 | | | | 男・女 | 年齢 歳 |
|  | |  | | | |
| 面談日時： | | | 年 月 日 時 | | | | | | | | | | | | | | |
| 出席者： | | 管理監督者（ ） | | | | | | | 人事労務担当者（ ） | | | | | | 産業保健スタッフ（ ） | | |
|  | | 主治医（ ） | | | | | その他（ ） | | | | | | | | | | |
| これまでの経緯のまとめ | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医による意見 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 現状の評価・  問題点 | | | | 医療機関： | | | | | | | 主治医： | | | 連絡先：TEL | | | |
| 治療状況等： | | | | | | | | | | | | | |
| 業務上の配慮についての意見： | | | | | | | | | | | | | |
| 職場復帰支援プラン作成のための  検討事項  （復職時及びそれ以降の予定も含めて） | | | | 職場復帰予定日： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 管理監督者による業務上の配慮 | | | | | | | | | | | | | |
| 人事労務管理上の対応事項 | | | | | | | | | | | | | |
| フォローアップ | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | | |
| 職場復帰の可否 | | | | 可 ・ 不可 | | | | （理由： ） | | | | | | | | | |
| 次回面談予定 | | | | 年 月 日 時 | | | | | | | | | （面会予定者 ） | | | | |