**様式 2**

**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します。

事業場 所属 従業員氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **（主治医記入）** | | | | | | | | | |
| 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、就業の条件： | | | | | | | | | |
| （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 | | | （ ） | | |
| ※ 短縮勤務などに対応できない場合は、その旨を注意書きしておくとよいでしょう。 | | | | | | | | | |
| ＊ 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書きなど）： | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 上記の通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 |