**様式 5**

**職場復帰支援プラン（例）** 作成日： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 | 社員番号 | 氏名 | | 性別 | | | 年齢 | 新規 ・ 変更 ・ 解除 | | |
|  |  |  | | 男・女 | | | 歳 |
| 復職可又は条件付加の場合における就業上の措置の内容  （当初の1～2か月について） | ・時間外勤務 | (禁止・制限 時間/月まで) | | | ・交代勤務 | | | | (禁止・制限) | |
| ・休日勤務 | (禁止・制限 日/月まで) | | | ・就業時間短縮 | | | | ( 時～ 時まで) | |
| ・出張 | (禁止・制限 日/月まで) | | | ・業務内容変更 | | | | ( 無・有 ) | |
| ・配置転換・異動 | | | | | (変更内容： ) | | | | |
| ・試し出勤制度等の利用について（利用・利用しない） | | | | | | | | | |
| ・事業場外資源が提供する職場復帰支援プログラム等（利用・利用しない） | | | | | | | | | |
| ・その他： | | | | | | | | | |
| ・今後の見通し： | | | | | | | | | |
| 復職後のフォロー  （6か月を目安） | フォローの時期 | | | | | | | | | 評価の内容 |
| 上司による評価 | | 復職後1か月： 1回 /（ ）週  2～3か月： 1回 /（ ）週  4～6か月： 1回 /（ ）週 | | | | | | | 症状（表情）  治療状況  勤務状態  業務遂行能力  周囲との折り合い |
| 産業医又は保健師、  人事労務 | | 復職後1か月： 1回 /（ ）週  2～3か月： 1回 /（ ）週  4～6か月： 1回 /（ ）週 | | | | | | |
| 勤務制度の運用の必要性 | フレックスタイム制度（禁止・制限）、裁量労働制度（禁止・制限） | | | | | | | | | |
| 産業医等による医学的見地からみた意見 | 安全（健康）配慮義務に関する助言 | | | | | | | | | |
| その他、職場復帰支援に関する医学的見地からみた意見 、通院の有無等 | | | | | | | | | |
| 円滑な復職に必要なその他の配慮 |  | | | | | | | | | |
| 当該従業員みずから責任を持って行うべき事項 |  | | | | | | | | | |
| (産業医 ）  次回面接実施日 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 上記の措置期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | |