**治療の状況や就業継続の可否等についての主治医意見書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 病名 |  |
| 現在の症状 | （通勤や業務遂行に影響を及ぼし得る症状や薬の副作用等） |
| 治療の予定 | （入院治療・通院治療の必要性、今後のスケジュール（半年間、月1回の通院が必要、等）） |
| 退院後／治療中の就業継続  の可否 | □可　　　　　（職務の健康への悪影響は見込まれない）  □条件付きで可（就業上の措置があれば可能）  □現時点で不可（療養の継続が望ましい） |
| 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） | 例：重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や海外出張は避ける　など  注）提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。 |
| 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 | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |
| --- |
| 上記内容を確認しました。  　平成　　　年　　月　　日　　　（本人署名） |

上記のとおり、診断し、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

　　平成　　　年　　月　　日　　　（主治医署名）

(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。