

様式例2（本文3の（3）関係）

職場復帰支援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（ ） 産業医等（ ） 衛生管理者等（ ） 保健師等（ ） 他（ ）					
これまでの経過のまとめ					
主治医による意見		医療機関名： 主治医： 連絡先： 治療状況等 就業上の配慮についての意見			
現状の評価問題点		<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の状況 ・ 職場環境等 ・ その他 			
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）		<ul style="list-style-type: none"> ・ 職場復帰開始予定日： 年 月 日 ・ 管理監督者による就業上の配慮 ・ 人事労務管理上の対応事項 ・ 産業医意見 ・ 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 面談予定者：			

職場復帰支援に関する情報提供依頼書

病院
クリニック 先生 御机下

〒
〇〇株式会社 〇〇事業場
産業医 印
電話 〇-〇-〇

下記1の弊社従業員の職場復帰支援に際し、下記2の情報提供依頼事項について任意書式の文書により情報提供及びご意見をいただければと存じます。

なお、いただいた情報は、本人の職場復帰を支援する目的のみに使用され、プライバシーには十分配慮しながら産業医が責任を持って管理いたします。

今後とも弊社の健康管理活動へのご協力をよろしくお願い申し上げます。

記

1 従業員

氏名 〇〇〇〇（男・女）

生年月日 年 月 日

2 情報提供依頼事項

- (1) 発症から初診までの経過
- (2) 治療経過
- (3) 現在の状態（業務に影響を与える症状及び薬の副作用の可能性なども含めて）
- (4) 就業上の配慮に関するご意見（疾患の再燃・再発防止のために必要な注意事項など）
- (5)
- (6)
- (7)

(本人記入)

私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成並びに産業医への提出について同意します。

年 月 日

氏名

印

様式例3 (本文3の(4)関係)

年 月 日

人事労務責任者 殿

職場復帰に関する意見書

〇〇事業場

産業医

印

事業場	所属	従業員番号	氏名	男・女	年齢 歳
目的		(新規・変更・解除)			
復職に関する意見	復職の可否	可	条件付き可	不可	
	意見				
就業上の配慮の内容(復職可又は条件付き可の場合)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 時間外勤務 (禁止・制限 H) ・ 休日勤務 (禁止・制限) ・ 出張 (禁止・制限) ・ 配置転換・異動 ・ その他: ・ 今後の見通し ・ 交替勤務 (禁止・制限) ・ 就業時間短縮 (遅刻・早退 H) ・ 作業転換 				
面談実施日	年 月 日				
上記の措置期間	年 月 日 ~ 年 月 日				

職場復帰及び就業上の配慮に関する情報提供書

病院
クリニック 先生 御机下

〒
〇〇株式会社 〇〇事業場
産業医 印
電話 〇-〇-〇

日頃より弊社の健康管理活動にご理解ご協力をいただき感謝申し上げます。
弊社の下記従業員の今回の職場復帰においては、下記の内容の就業上の配慮を図りながら支援をしていきたいと考えております。
今後ともご指導の程どうぞよろしくお願い申し上げます。

記

氏名	(生年月日 年 月 日 年齢 歳)	性別
		男・女
復職（予定）日		
就業上の配慮の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 時間外勤務（禁止・制限 H） ・ 交替勤務（禁止・制限） ・ 休日勤務（禁止・制限） ・ 就業時間短縮（遅刻・早退 H） ・ 出張（禁止・制限） ・ 作業転換 ・ 配置転換・異動 ・ その他： ・ 今後の見通し 	
連絡事項		
上記の措置期間	年 月 日 ～ 年 月 日	

〈注：この情報提供書は労働者本人を通じて直接主治医へ提出すること〉