復職診断書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | |  | | | | | 性別 | | 男・女 |
| 生年月日 | | 年　　月　　日（　　　歳） | | | | | | | |
| 初診年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 治療期間 | | 年　　月　　日～　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 上記のうち入院期間 | | | 年　　月　　日～　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 診断名・状態など | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 復職可否のご意見　※復職は８時～１７時の勤務が可能であることを条件とします。 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 疾病状況について　（今後の治療継続の必要性、業務に影響を与える症状、薬の副作用等の可能性など） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 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事項など） | | | | | | | | | |
|  | 交替制勤務  （可・制限・禁止） | | |  | 時間外労働  （可・制限・禁止） |  | | 深夜業  （可・制限・禁止） | |
|  | 宿直  （可・制限・禁止） | | |  | 出張  （可・制限・禁止） |  | | 休日出勤  （可・制限・禁止） | |
|  | 高所作業  （可・制限・禁止） | | |  | 重量物作業  （可・制限・禁止） |  | | 車両運転  （可・不可） | |
|  | その他の制限 | | |  |  |  | |  | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |

上記の通り診断する。

[医療機関名]

　　　年　　月　　日 [所在地]

[電話番号]

[主治医]　　　　　　　　　　　　　　　㊞