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]　　　　　　　　　　　　　　　㊞