

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] _____

⑩