職場復帰支援に関する面談記録表

記録作成日　令和　　年　　月　　日　　記載者（　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者 |  | | 所属 |  | 従業員番号 | 氏名 | 性別 | 年齢 |
|  |  | 男・女 | 歳 |
| 面談日時：令和　　年　　月　　日　　時 | | | | | | | | |
| 出席者：管理監督者（　　　　）人事労務担当者（　　　　） | | | | | | | | |
| 他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| これまでの経過のまとめ | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 主治医による意見  現状の評価・問題点 | | 医療機関名： | | | | | | |
| 主治医： | | | | | | |
| 連絡先： | | | | | | |
| 治療状況等： | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 業務配慮についての意見： | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 本人の状態 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 職場環境 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| その他 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 職場復帰支援プラン作成のための検討事項  (復職時およびそれ以降の予定も含めて) | | 職場復帰予定日：令和　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 管理監督者による業務上の配慮 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 人事労務管理上の配慮 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 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 | | 令和　　年　　月　　日　　時　面談予定者： | | | | | | |