

(別紙様式49の2)

治療の状況や就業継続の可否等についての主治医意見書

患者氏名		生年月日	年	月	日		
住所							
病名							
現在の症状	(通勤や業務遂行に影響を及ぼし得る症状や薬の副作用等)						
治療の予定	(入院治療・通院治療の必要性、今後のスケジュール(半年間、月1回の通院が必要、等))						
退院後/治療中の就業継続の可否	<input type="checkbox"/> 可 (職務の健康への悪影響は見込まれない) <input type="checkbox"/> 条件付きで可 (就業上の措置があれば可能) <input type="checkbox"/> 現時点で不可 (療養の継続が望ましい)						
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと(望ましい就業上の措置)	例: 重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や海外出張は避ける など 注) 提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。						
その他配慮事項	例: 通院時間を確保する、休憩場所を確保する など 注) 治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。						
上記の措置期間	年	月	日	～	年	月	日

上記内容を確認しました。

上記のとおり、平成 年 月 日 (本人署名) 診断し、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

平成 年 月 日 (主治医署名) _____

(注)この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。