

年 月 日

職場復帰支援に関する情報提供書(復職診断書)

下記の弊社従業員の職場復帰支援に際し、下記の内容についての情報提供及びご意見を
お願いいたします。

株式会社 _____ 所属 _____ 従業員氏名 _____

(主治医記入欄)

患者氏名	生年月日	年	月	日(男・女)
診断書病名または状態：				
現在の状態(業務に影響を与える可能性など、回復の程度)：				
治療経過：				
治療継続の必要性、今後の見通しなど：				
就業の可否： 1.可 2.条件付き可 3.否				
上記において2.条件付き可の場合の就業条件 (1)就業時間 (2)業務内容 (3)業務上の車両運転・機械運転の可否 (4)その他 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)				
上記のとおり情報を提供いたします。 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 主治医名 印				