●●年　●月　●日

**＜例文＞**

就業配慮報告書（職場→主治医）

記載者は会社の担当者など、

産業医以外の方で構いません。

産業医科大学病院

就学・就労支援センター、両立支援科

患者名：　　　　　　　　　　事業所名：　　　　　 記載者：

１．本内容について医療機関送付の患者同意　　　□　済　　□　未

２．産業医がいますか（いる場合は以下に産業医の自署または押印のいずれかをお願いします。）

□　いない　　　□　いる　（名前：　産業太郎　産業　、所属医療機関：産業太郎内科クリニック　　）

３．発行された意見書（診断書）について診療計画の変更について希望することを記載してください

□　このままでよい

□　治療スケジュールについて再考を求める （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　治療内容について再考を求める （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　その他 （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４．就業の可否を教えてください。（予定日でも、未定の場合でも構いません。書ける範囲でお願いします。）

□　就業可（復職日：西暦　20●●年●月●日）

□　現時点では不可（主な理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５．労働者に実施した就業上の配慮について教えてください（該当するものにすべて選択）

□　病勢悪化業務の制限　 （内容：重量物運搬の制限　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　危険作業の禁止　 （内容：高所作業禁止　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　残業制限　/　夜勤制限 （内容：残業禁止　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　）

□　短時間勤務　 （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　配置転換　 （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　環境改善　 （内容：作業場付近に休憩室を設置し、必要に応じて休憩できるようにする　 ）

□　就業不可　 （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　通勤の配慮　 （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　出張の制限　 （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　その他　 （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６．その他、産業医・事業者として医療機関と報告・連携・相談したいことがあれば記載ください。

年　　月　　日

就業配慮報告書（職場→主治医）

産業医科大学病院

就学・就労支援センター、両立支援科

患者名：　　　　　　　　　　事業所名：　　　　　 記載者：

１．本内容について医療機関送付の患者同意　　　□　済　　□　未

２．産業医がいますか（いる場合は以下に産業医の自署または押印のいずれかをお願いします。）

□　いない　　　□　いる　（名前：　　　　　　　　印　、所属医療機関：　　　　　　　　　　　）

３．発行された意見書（診断書）について診療計画の変更について希望することを記載してください

□　このままでよい

□　治療スケジュールについて再考を求める （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　治療内容について再考を求める （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　その他 （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４．就業の可否を教えてください。（予定日でも、未定の場合でも構いません。書ける範囲でお願いします。）

□　就業可（復職日：西暦　 　　年　 　月　 　日）

□　現時点では不可（主な理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５．労働者に実施した就業上の配慮について教えてください（該当するものにすべて選択）

□　病勢悪化業務の制限　 （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　危険作業の禁止　 （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　残業制限　/　夜勤制限 （内容：　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

□　短時間勤務　 （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　配置転換　 （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　環境改善　 （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　就業不可　 （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　通勤の配慮　 （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　出張の制限　 （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　その他　 （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６．その他、産業医・事業者として医療機関と報告・連携・相談したいことがあれば記載ください。