

20 年 月 日

様 担当者 殿

産業医科大学病院 両立支援科
診療科長 永田 昌子

主治医意見書に対するご返信のお願い

平素より大変お世話になっております。

当院で治療中の_____様からご依頼があり、治療と仕事の両立に関する主治医意見書を作成いたしました。本意見書は、ご本人、主治医、両立支援科併任医師（産業医経験者）および両立支援コーディネーターで、医療機関の視点より吟味し、作成しております。

職場における就業配慮等を事業者の立場からご検討頂く際に、本意見書が貴事業場のご参考になりますと幸甚です。

また、治療と仕事の両立をするために医療機関と職場の連携を深めるよう、厚生労働省から医療機関への指導がなされており、主治医意見書はそれに基づき作成しております。

つきましては、今後の治療計画や支援内容に活用にさせて頂きたく、**同封の就業配慮報告書のご返信をお願いいたします。尚、提出期限はございません。**

本患者様はもちろんのこと、貴事業場の従業員の方が当院で治療を受けられる際は、できる限りの支援をいたします。引き続き、連携を取らせて頂きたく存じます。今後ともご理解ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

本件に関するご不明な点は、下記の連絡先までお願い致します。

産業医科大学病院 就学・就労支援センター

両立支援コーディネーター 担当：石上 /

 病院代表：093-603-1611

※電話交換に両立支援コーディネーターPHS：7125 への取次ぎをお伝えください。

メールアドレス：ryouritsu@mbbox.clnc.uoeh-u.ac.jp

様式のダウンロードサイト：<https://www.uoeh.ac.jp/hospital/gaiyo/bumon/sien.html>



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

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。

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。書ける範囲をお願いします。）
☒ 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。

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。