

復職診断書

氏名			性別	男・女
生年月日	年 月 日 (歳)			
初診年月日	年 月 日			
治療期間	年 月 日～		年 月 日	
上記のうち入院期間	年 月 日～		年 月 日	
診断名・状態など				
復職可否のご意見 ※復職は8時～17時の勤務が可能であることを条件とします。				
疾病状況について (今後の治療継続の必要性、業務に影響を与える症状、薬の副作用等の可能性など)				
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)				
<input type="checkbox"/> 交替制勤務 (可・制限・禁止)		<input type="checkbox"/> 時間外労働 (可・制限・禁止)	<input type="checkbox"/> 深夜業 (可・制限・禁止)	
<input type="checkbox"/> 宿直 (可・制限・禁止)		<input type="checkbox"/> 出張 (可・制限・禁止)	<input type="checkbox"/> 休日出勤 (可・制限・禁止)	
<input type="checkbox"/> 高所作業 (可・制限・禁止)		<input type="checkbox"/> 重量物作業 (可・制限・禁止)	<input type="checkbox"/> 車両運転 (可・不可)	
<input type="checkbox"/> その他の制限				

上記の通り診断する。

[医療機関名] _____

年 月 日 [所在地] _____

[電話番号] _____

[主治医] _____

(印)