

# 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) <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 交替制勤務 (可・制限・禁止)</td> <td><input type="checkbox"/> 時間外労働 (可・制限・禁止)</td> <td><input type="checkbox"/> 深夜業 (可・制限・禁止)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 宿直 (可・制限・禁止)</td> <td><input type="checkbox"/> 出張 (可・制限・禁止)</td> <td><input type="checkbox"/> 休日出勤 (可・制限・禁止)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 高所作業 (可・制限・禁止)</td> <td><input type="checkbox"/> 重量物作業 (可・制限・禁止)</td> <td><input type="checkbox"/> 車両運転 (可・不可)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> その他の制限</td> </tr> </table>				<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		
<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。

年 月 日

[医療機関名] \_\_\_\_\_

[所在地] \_\_\_\_\_

[電話番号] \_\_\_\_\_

[主治医] \_\_\_\_\_

