

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

職場復帰支援に関する情報提供依頼書

病院名 _____
_____先生

住所 〒 ____ - ____

社名 _____

電話 ____ - ____ - ____

下記1の弊社従業員の職場復帰支援に際し、下記2の情報提供依頼書事項について任意書式の文書により情報提供およびご意見をいただければと存じます。

なお、いただいた情報は、本人の職場復帰を支援する目的のみに使用され、プライバシーには十分配慮しながら産業医が責任を持って管理いたします。

今後とも弊社の健康管理活動へのご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

記

1 従業員

氏名 _____ (男・女)

生年月日 ____年 ____月 ____日

2 情報提供依頼事項

(1) 発症から初診までの経過

(2) 治療経過

(3) 現在の状態(業務に影響を与える症状および薬の副作用の可能性なども含めて)

(4) 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)

(5) _____

(6) _____

(7) _____

(本人記入)

私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成ならびに産業医への提出について同意します。

年 ____ 月 ____ 日 氏名 _____

⑩