

主治医意見書（復帰時）

本人記入欄（情報提供了承サイン） * 主治医の先生にお渡しする前に記入すること	
職員氏名：	（所属部署）
復帰について	復帰の希望がありますか？ （はい ・ いいえ）
	元の職場・職位レベル相当の仕事の質・量・効率で働く意思はありますか？ （はい ・ いいえ） （職位レベル相当とは、職位に対して10割の業務水準を示す）
	健康上の理由で遅刻・早退等勤怠上の問題を生じない自信がありますか？ （はい ・ いいえ） （当日連絡の休暇申請など、同僚に過度の負担のかかる懸念のあるような休暇申請をしないことを含む）

人事記入欄（職務内容、職位およびその具体的期待内容に関する記載）

職場復帰等に関する主治医意見記入欄																			
主治医意見	<input type="checkbox"/> 復帰判定基準に基づき復帰可能と考える 復帰可能年月日：平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 療養の継続が望ましい																		
*なお、上記の総合的な意見と下記の個別の評価について、不整合があると判断される場合については、原則として再度確認ができるまでの間については、復帰判定については保留にするものとします。																			
回復レベル	<input type="checkbox"/> 軽快（病前8割以上） <input type="checkbox"/> 改善傾向（病前8割未満） <input type="checkbox"/> 症状固定回復見込み不明（ 割程度）																		
心身の状態	業務に影響を与える症状および薬の副作用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *「あり」の場合、業務上に必要な配慮内容をご記入ください。 なお、この場合に配慮可能な内容は、あくまでも業務の一部に関するものであり、配慮しても職位相当10割の労務提供が可能であることを条件とします（主要業務に関して多大な配慮が必要となるものを除きます。） <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>																		
復帰基準	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">1. 本人の復帰希望と自信</td> <td><input type="checkbox"/> 医学的に適切</td> <td><input type="checkbox"/> 医学的に不適切</td> </tr> <tr> <td>2. 本人の治療へのコンプライアンス*</td> <td><input type="checkbox"/> 問題なし</td> <td><input type="checkbox"/> 懸念あり</td> </tr> <tr> <td>3. 自傷の恐れ</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> あり</td> </tr> <tr> <td>4. 週5日定時勤務</td> <td><input type="checkbox"/> 可能</td> <td><input type="checkbox"/> 不可能の可能性あり</td> </tr> <tr> <td>5. 2ヶ月以内の残業制限解除</td> <td><input type="checkbox"/> 可能</td> <td><input type="checkbox"/> 不可能の可能性あり</td> </tr> <tr> <td>6. 通常勤務6ヶ月間以上の継続</td> <td><input type="checkbox"/> 継続可能</td> <td><input type="checkbox"/> 継続不可能の可能性あり</td> </tr> </table>	1. 本人の復帰希望と自信	<input type="checkbox"/> 医学的に適切	<input type="checkbox"/> 医学的に不適切	2. 本人の治療へのコンプライアンス*	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 懸念あり	3. 自傷の恐れ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	4. 週5日定時勤務	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能の可能性あり	5. 2ヶ月以内の残業制限解除	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能の可能性あり	6. 通常勤務6ヶ月間以上の継続	<input type="checkbox"/> 継続可能	<input type="checkbox"/> 継続不可能の可能性あり
1. 本人の復帰希望と自信	<input type="checkbox"/> 医学的に適切	<input type="checkbox"/> 医学的に不適切																	
2. 本人の治療へのコンプライアンス*	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 懸念あり																	
3. 自傷の恐れ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり																	
4. 週5日定時勤務	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能の可能性あり																	
5. 2ヶ月以内の残業制限解除	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能の可能性あり																	
6. 通常勤務6ヶ月間以上の継続	<input type="checkbox"/> 継続可能	<input type="checkbox"/> 継続不可能の可能性あり																	
上記の通り証明致します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: center;"> 医療機関所在地 医療機関名 医師氏名 </div> <div style="text-align: center;"> 印 </div> </div>																			

*コンプライアンスとは、主治医の先生の指示に忠実に従うことを意味する。