就業措置に関する診療情報依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　病院　　　　　　　科

ご担当医　　　　　先生　御机下

　　　　　　　　　　　　　　〒889-2192

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　宮崎市学園木花台西１丁目１番地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　宮　崎　大　学

<TEL:0985-58-3423>

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　産業医氏名

拝啓　本学教職員の診療につきましては格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

教職員　　　　（　　　年　　月　　日生：男・女）に、職場における就業上の配慮が必要かと考えております。つきましては病状・治療状況等を含めたご意見をいただければ幸いです。先生から本学へご提供いただいた下記の診療情報は、就業上の配慮を決定するために、上司、関係する管理職、および人事課のみに開示し、適正に使用いたします。

なお、この件につきましては下記のとおり、本人の同意を得ております。

|  |  |
| --- | --- |
| 同意書 | 私は上記に同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  （署名） |

**診療情報提供書**　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主治医記入欄　□にチェックをお願いいたします | 診断名 |  |
| 経過及び治療内容 |  |
| 医療管理 | □治療　　□経過観察　　□通院（　　　回／週、月）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 勤務管理 | □まだ就業は難しい（　　　年　　月　　日まで）  □就業可能（　　　年　　月　　日から）  □通常勤務が可能です  □勤務制限を要します（　　年　　月　　日まで）  　　　・時間外勤務　□可（　　時間／日・月）以内　　□不可  　　　・休日勤務　　□可　□不可  　　　・出張の制限　□可（　 回/月以内）　□不可  　　　・運転　□可　□不可  ・作業内容・環境の調整　□要（　　　　　　　　）　□不要  　　・段階的な職場復帰　□要　□不要    ※配慮事項に関するコメント・留意点など：  　（フルタイム勤務が難しい場合、時短勤務に関する勤務時間や勤務日数に関してご教授いただけますと幸いです。） |
| 今後の治療方針・治癒見込みについて |  |
| その他  連絡事項 |  |
| 医療機関 | 医療機関名  所在地  TEL  医師名 |