

医師の診断書・意見書

氏名			生 年 月 日	年 月 日
病名等				
治療の見通し・就業に関する事項(医療機関記入欄) ※当てはまる□項目にチェック(レ)して、ご記入ください。				
今後の 治療の見通し	☐ 一ヶ月に()日の通院治療を予定 ☐ 化学療法を予定 (月 日頃から) ☐ 入院を伴う手術を予定(月 日頃) ☐ 放射線療法を予定(月 日頃から) ☐ その他()			
	具体的な治療計画: ☐ 上記の治療等に伴い、今後、6か月の間に、再療養の可能性が高い			
就 業 に 関 する 事 項	就業 判定	☐ 就業可能 ☐ 就業継続が難しい		
		上記で就業可能の場合に、就業する上で必要な配慮事項が ☐ 有 ☐ 無		
		☐ 短時間勤務(1日 _____ 時間程度)が望ましい (現在から _____ か月ぐらいまでの間) ☐ フルタイム勤務(残業なし)が可能 ☐ 残業は月()時間まで可能 ☐ その他 []		
	疾病性	☐ 就業面で身体的に耐えられない程の症状は(ほとんど)ない ☐ 生活面で支障をきたす程の症状は(ほとんど)ない ☐ 睡眠状態は比較的良好で、メンタルヘルス不調による症状は(ほとんど)ない ※ 注意・配慮すべき症状 : ☐ 体力低下 ☐ 痛み(痛みの位:) ☐ メンタルヘルス不調 ☐ 思考力・判断能力等の低下 ☐ 食欲低下 ☐ 便秘 ☐ 下痢 ☐ むくみ ☐ かゆみ ☐ その他 []		
		事例性	☐ 決められた時間に通勤可能 ☐ 時差出勤が望ましい ☐ サブ(補助)的業務(誰かの仕事を手伝う業務)が望ましい ☐ メイン(主担当)の業務(責任を有する、一人分の業務)が可能 ☐ 座り仕事が望ましい ☐ 短時間の立ち仕事が可能 ☐ 長時間の立ち仕事が可能 ☐ 身体に負荷がかかる作業(暑い現場での作業・重量物の運搬・その他)は難しい ☐ 勤務時間中に、頻回にトイレや休憩する可能性あり ☐ 分食のための時間が必要 ☐ 日中勤務が望ましい ☐ 早朝、夜間、深夜勤務は難しい ☐ 車の長時間の運転は難しい ☐ 遠方・海外への出張は難しい	
	その他の 意見			

以上のとおり、診断し、また意見を述べる。

年 月 日

医療機関 診療科名:

医療機関の住所

医療機関の電話番号:() -

医師名



(本人記入欄)

上記の内容を確認しました。

本人署名

氏名		雇入れ日 職場復帰日	年	月	日
就労・復職希望者本人の自覚症状等(本人記入欄)※当てはまる項目にチェックの上、ご記入ください。 ※⑤家族の就労状況については、回答したくない場合は、空欄でも構いません。					
①睡眠状況:					
入眠時刻: 時 分 起床時刻: 時 分 睡眠時間: 時間 熟睡感が(☐ ある ☐ なし)					
☐ 寝つきが悪い ☐ 夜中に何度も目が覚める ☐ 明け方に目が覚めて眠れない					
☐ 朝寝・昼寝を週2日以上する ☐ その他()					
②食事等:					
☐ 朝食を毎日食べる ☐ 朝食は週に 日食べないことがある ☐ 朝食は毎日食べない					
☐ 昼食を毎日食べる ☐ 昼食は週に 日食べないことがある ☐ 昼食は毎日食べない					
☐ 夕食を毎日食べる ☐ 夕食は週に 日食べないことがある ☐ 夕食は毎日食べない					
☐ 食欲がある ☐ 食欲があまりない ☐ 分食が必要である(3食以外の食べる時間帯:)					
③体力・メンタルヘルス等:					
○質問1: 症状安定・療養前の体調良好な時の体力を100%とすると、今は何パーセントですか→ %					
○質問2: ここ最近2週間の体調はいかがですか (☐ 良い ☐ まあ良い ☐ 少し悪い ☐ 悪い)					
○質問3: 訳もなく朝から疲れた感じがすることがありますか (☐ 全くない ☐ 週に 日は思う ☐ 毎日思う)					
○質問4: 何かに集中したり、決断できないことがありますか (☐ 全くない ☐ 週に 日は思う ☐ 毎日思う)					
○質問5: 気分が沈んだり、憂鬱でいっぱいなことがありますか(☐ 全くない ☐ 週に 日は思う ☐ 毎日思う)					
○質問6: 不安で、心が落ち着かないことがありますか (☐ 全くない ☐ 週に 日は思う ☐ 毎日思う)					
④症状:					
○痛みについて、 ☐ 痛みはない ☐ 痛みがある(痛みの部位:)					
○便秘について、 ☐ 便秘に問題なし ☐ 便秘気味である(便秘頻度:) ☐ 下痢気味である(一日 回)					
○自覚症状について、 ☐ めまい ☐ 風邪気味(☐ 鼻水 ☐ のどの痛み ☐ 咳) ☐ かゆみ ☐ 痺れ					
☐ 動悸 ☐ 息切れ ☐ むくみ がある。					
○その他、 ☐ 気になる症状として、下記のものがある。 ()					
⑤生活状況 : ☐ 家族と同居 ☐ 一人暮らし ☐ 単身赴任 ☐ その他()					
家族の就労状況: ☐ 本人のみ ☐ 共働き ☐ その他()					
⑥通勤経路:(例:自宅 7:05(徒歩)→八王子 7:25 発(中央線)→新宿 7:58 着(徒歩)→8:15 会社着)					
職場に望む配慮事項	☐ 定期的な上司・人事担当・上長との面談をしたい ☐ (産業医がいる場合は)定期的な産業医との面談をしたい ☐ 通勤時間・経路・手段で配慮が欲しい(具体的には:) ☐ 通院のための休暇・時間が欲しい(具体的には:) ☐ 就業時間・就業場所・就業内容で、配慮が欲しい (具体的には:) ☐ その他:()				

①業種	1.建設業 2.製造業 3.電気・ガス・熱供給・水道業 4.情報通信業 5.運輸・郵便業 6.卸売業、小売業 7.金融業、保険業 8.不動産業 9.飲食業 10.医療・福祉 11.教育、学習支援業 12.その他() 番 号()		
②想定される 職場の社員数	1. 1～19 人 2. 20～49 人 3. 50～99 人 4. 100～199 人 5. 200～299 人 6. 300～499 人 7. 500～999 人 8. 1000 人以上 番 号()		
③想定される 主な業務内容			
④想定される業務内容に関する就業条件等について、いずれかの印(○、△、―)を、下記の各項目に付けてください。 ※必須条件(労働者ができることが求められる場合) :○ 希望条件(労働者が必ずしもできる必要はなく、配慮の余地がある場合):△ 非該当条件(該当しない場合) :―			
フルタイムの勤務ができること		時間外労働ができること (時間程度)	
早朝勤務ができること		夜間・深夜勤務ができること	
座位での作業が長時間できること		立位での作業が長時間できること	
身体に負担のかかる作業ができること		遠方・海外への出張ができること	
指先・手先を使う細かい作業ができること		注意深さを要求される仕事ができること	
パソコン作業ができること		電話対応業務ができること	
窓口・接客業務ができること		交渉・渉外・営業の業務ができること	
長時間の会議や打ち合わせができること		車の運転ができること	
熱源のある場所での作業ができること		高所作業ができること	
その他の必要となる就業条件等			
⑤配慮が可能な事項 ※配慮が可能な事項に○を付けてください。 その他、配慮可能なことがあれば、記入してください。			
短時間勤務が可能		サブ的業務(誰かの仕事を手伝う業務)が可能	
通勤時間での配慮が可能		内勤のみの配慮が可能	
座位での業務への配置転換が可能		産業医による定期的な面談が可能	
休憩時間の配慮が可能		通院時間や通院休暇での配慮が可能	
休憩室(男女別で、プライベートが確保された、横になれるスペース)が利用可能			
その他:			
⑥勤務形態	基本の始業・終業時間	始業時間: 時 分 ~ 終業時間: 時 分	
	休日	完全週休二日制 ・ それ以外()	
⑦その他の情報提供しておきたい事項			

上記内容を確認のうえ、医療機関へ提出します。

(本人署名)

上記内容を確認のうえ、医療機関へ提出することに同意します。

(事業主名)

(署名または記名押印)