**復職支援に関する情報提供書**

平成　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 昭　・　平　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 直近の診察日 | 年　　　月　　　日　〜　　　年　　　月　　　日 |
| 現在の  健康状態 |  |
| 主治医の意見 | □就業は困難  □以下のような配慮があれば就業は可能  □通常通り、就業可能  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 配慮事項 |  |
| 配慮期間 | 年　　　月　　　日　〜　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 医療機関名  医療機関所在地  主治医 |  |