別紙様式２（第６条第４項関係）

病院・クリニック

　　　　　　　　　　　先生　御机下　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

「休業中における診断書」ご記入のお願い

北海道国立大学機構○○大学（又は事務局）

　　復帰支援委員会委員長

平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申しあげます。

本機構職員　　　　　　　に関して裏面の診断書にてご意見を頂きたく存じます。なお、本機構の事業内容、当該職員の業務内容及び復帰基準は下記の通りです。宜しくお願い致します。

記

１．本機構の事業内容と当該職員の業務について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職員数 | ○○大学（又は事務局）　全体　　　　名　　（うち　正職員　　名、パートタイマー等　　名） | | |
| 該当職員の所属部署　　　名　（うち　正職員　　名、パートタイマー等　　名） | | |
| 事業内容 | 教育・研究 | | |
| 該当者の業務 |  | 所定勤務時間 | ：　　～　　： |
| 該当者の業務  （該当業務☑） | □ 体を使う作業（重作業）　□ 体を使う作業（軽作業） □ 長時間立位  □ 長時間座位　　　　　　　□ 暑熱場所での作業　　　　□ 寒冷場所での作業  □ 高所作業　　　　　　　　□ 車の運転（通勤含む）　　□ 機械の運転・操作  □ 対人折衝業務　　　　　　□ 時間外勤務（月　時間程度）□ 深夜勤務  □ 遠隔地出張（国内）　　　□ 海外出張　　　　　　　　□ 単身赴任  □ その他【　　　　　　　　　　　】 | | |

２．復帰基準について

本機構における復帰基準は、下記を全て満たす必要があります。

1. 主治医より復帰可能との判断が出されている
2. 職員本人が職場復帰に対して十分な意欲を示している
3. 始業・終業時刻を守って所定勤務時間を働ける（７時間４５分就労）
4. 安全に従前と同様に通勤ができる

　　　※以下、必要に応じて追加　　　　　　　　　　　　　　　　　　以上

（本人記入）

私は本依頼に関する説明を受け、休業中における診断書の作成について同意します。

　　年　　月　　日　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印

（直筆の場合は押印不要）

休業中における診断書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | （生年月日　　　　年　　　月　　　日） | | |
| 診断名 |  | | |
| 貴院をはじめて  受診した日 | 年　　月　　日 | 今回の疾病  での通院歴 | 年　　月　　日～ |
| 復帰の見込み時期  （該当Noに〇） | １．　　　　　　　年　　　　月頃に職場復帰が可能である  ２．現時点では、職場復帰の見込み時期は未定である。 | | |
| 現在の状態 | １．現在の状態・回復の程度について  ※表面「２．復帰基準について」の事項に照らして記載ください。  ※自宅療養が必要な場合、療養期間の延長が必要な場合は期間等について具体的に記載ください。  ２．現在の治療について（治療内容、 薬の種類と用量）  ３．現在の通院頻度について  回／　　月の通院 | | |

　※スペースが不足する場合は、別紙にて詳細記載ください

　　　年　　　月　　　日　　　　　医療機関の名称：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医：　　　　　　　　　　　　　　　印