別紙様式５（第７条第１項関係）

病院・クリニック

　　　　　　　　　　　先生　御机下　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

復帰診断書 兼 復帰支援に関する情報提供書へのご記入のお願い

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　　　　　　　に関して別紙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、復帰診断書 兼 復帰支援に関する情報提供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）

復帰診断書 兼 復帰支援に関する情報提供書

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 | 　　　　　　　　　　　　（生年月日　　　　年　　　月　　　日） |
| 診断名 |  |
| 復帰可能時期 | 　　　　　年　　　月　　　日から職場復帰が可能 |
| 現在の状態 | １．現在の状態・回復の程度について※「２．復帰基準について」の事項に照らして記載ください。２．現在の治療について（治療内容、 薬の種類と用量）３．リワーク実施の有無（該当に☑）↳ □実施済 　□実施中 　□今後実施予定 　□実施予定なし４．リワークの評価 ５．今後予想される通院頻度について回／　　　　月の通院が必要である |
| 復帰後の就業時間について（該当Noに〇） | １．所定勤務時間（8：30～17：15、休憩12：00～13：00）の勤務が可能である。２. 現在の病状では所定勤務時間（8：30～17：15、休憩12：00～13：00）の勤務が可能であるが、再燃・再発予防の観点から、一定期間、就業時間を短縮することが望ましい。３. 現在の病状では所定勤務時間（8：30～17：15、休憩12：00～13：00）の勤務が困難であり、就業時間の短縮が必須である。４. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  |

（裏面へ続く）

|  |  |
| --- | --- |
| 内服薬について | １．内服薬による影響等を勘案した場合に（該当に☑）、　　　　□自動車の運転を許可する□自動車の運転を許可することはできない２．薬の副作用や薬を飲み忘れた場合の症状 |
| 配転・異動について（該当Noに〇） | １. 原職復帰が可能２. 職場復帰の際、配置転換・異動が必須である。３. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 就業制限内容 | ・時間外勤務制限　（　不要 ・ 要　）・交代勤務制限　　（　不要 ・ 要　）・休日出勤制限　　（　不要 ・ 要　）・出張　　　　　　（　不要 ・ 要　）・その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他、職場で配慮すべき事項 |  |

　※スペースが不足する場合は、別紙にて詳細に記載ください

　　　年　　　月　　　日　　　　医療機関の名称：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医：　　　　　　　　　　　　　　　　　印