**両立支援に関する産業医意見書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. |  | 所　属 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　 　年　　月　　日 | 性別 | 男・女 |
| 面談日 | 　　　　年　　月　　日 | 面談場所 |  |
| １.体調及び治療状況の確認 |
| ※現在の体調、通院や服薬の状況（副作用の有無・程度）、希望する就業上の配慮 |
| ２.就業継続への意見　　※該当する□に☑印 |
| □可　　　　　 （職務の遂行による健康への悪影響は見込まれない）□条件付きで可　（下記３の就業上の措置があれば可能）□現時点では不可（休業して治療に専念することが望ましい） |
| ３.就業上の措置に関する意見　※該当する□に☑印、（　　）に数字等記入 |
| １．時間外労働制限　　　　　 ２．業務上の自動車運転 　3．機械操作4．対人業務 5．長時間立位６．長期出張・海外出張　７．暑熱場所での業務９．寒冷場所での業務　　　　１０．その他 | □禁止　（期間　　　　　カ月）□時間制限　（　　　）時間/１日　（　　　）時間/月　　　（期間　　　　カ月）□禁止　（期間　　　　　カ月）□禁止　（期間　　　　　カ月）□禁止　（期間　　　　　カ月）□禁止　（期間　　　　　カ月）□禁止　（期間　　　　　カ月）□禁止　（期間　　　　　カ月）□禁止　（期間　　　　　カ月） |
| ４．その他、職場での配慮に関する意見 |
|  |

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　産業医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞