**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　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞