

診療情報提供依頼書

(医療機関名)

先生御侍史

平成 年 月 日

事業所名：

産業医氏名：

印

連絡先： 〒 -

TEL - -

謹啓 毎々格別のご厚情に預かり厚くお礼申し上げます。平素は 氏 の診療、健康管理にご高配賜りお礼申し上げます。

当社でも健康診断などを通じ、従業員の健康管理、安全配慮に留意をしておりますが、今後さらに充実したものにし、過重な労働負荷を与えず、また必要以上に就業制限が行われないように十分配慮していきたいと考えております。

つきましては、先生にはお手数をお掛けし申し訳ありませんが、今後、 氏 が就業していくのにあたり、現在の病状、治療内容、今後の見込み、生活・就業上の注意点などについて、ご意見を記載頂けましたら幸いです。通勤などへの配慮、注意点等もございましたら、併せてご記載をお願い申し上げます。

なお、先生よりお教え頂いた内容につきましては、本人のプライバシー、医師等の守秘義務に十分に配慮して対応いたします。ご多用中、大変恐縮に存じますが、何卒宜しくお願い申し上げます。 謹白

【本人記入欄】 私は、産業医と主治医の間で診療情報および就労情報が共有されることに同意致します。

平成 年 月 日 名前：

●氏名 生年月日：昭和 平成 年 月 日 (歳) 男・女

●住所

●情報提供依頼項目

- 復職判定に関わるご意見 復職後の経過観察に関わるご意見
 ご加療中の疾患 () と就業との関連についてのご意見
 精密検査項目 () と就業との関連についてのご意見

大変、お手数とは存じますが、下記への記入をお願い致します。

●傷病名

●病状の経過・治療の内容及び今後の見通し

●就業上の注意について

※就業上の具体的な措置につきましては産業医が責任を持って判定いたしますが、主治医の立場からのご助言をいただければ幸いです。

※これまでの業務内容等の就労に関わる状況は、以下の通りです。

この点線枠内は産業医の記入欄です（必要箇所のみ記入しています）。

作業姿勢	立ち作業 <input type="checkbox"/>	デスクワーク <input type="checkbox"/>	その他(特別な姿勢など) <input type="checkbox"/>	()	
勤務形態	交替勤務 <input type="checkbox"/>	深夜勤務 <input type="checkbox"/>	早朝勤務 <input type="checkbox"/>	在宅勤務 <input type="checkbox"/>	
	フレックス勤務 <input type="checkbox"/>	裁量労働勤務 <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/>	()	
通勤	片道 <input type="text"/> 分				
	方法 (徒歩 <input type="text"/> 分	自転車 <input type="text"/> 分	交通機関 <input type="text"/> 分	自動車・バイク <input type="text"/> 分)	
勤務状況	1ヶ月の残業時間 <input type="text"/> 時間				
出張	<input type="checkbox"/>	(国内 平均 <input type="text"/> 回/月	海外 平均 <input type="text"/> 回/月)		
作業状況	一人作業 <input type="checkbox"/>	高所作業 <input type="checkbox"/>	VDT 作業 <input type="checkbox"/>	暑熱作業 <input type="checkbox"/>	寒冷作業 <input type="checkbox"/>
	運転業務 <input type="checkbox"/>	重量物取扱い <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/>	()	
有害物質	有機溶剤 <input type="checkbox"/>	使用物質 <input type="text"/>			
	特定化学物質 <input type="checkbox"/>	使用物質 <input type="text"/>			
	粉塵 <input type="checkbox"/>	騒音 <input type="checkbox"/>	放射線 <input type="checkbox"/>	高気圧 <input type="checkbox"/>	
その他 特記事項	<input type="text"/>				

※以下の枠内に就業上の留意事項がございましたら、ご記入ください。

●生活上の注意（喫煙、飲酒、睡眠、運動など）や産業医或いは会社の上司・同僚へのその他のご要望がありましたら下記にご記入下さい。

平成 年 月 日

医療機関所在地
および名称

医師氏名



※ ご協力、誠にありがとうございました。