診療情報提供依頼（産業医から主治医）

病院
クリニック先生　御机下

○○株式会社　○○事業場　産業医　　印

下記1の弊社従業員の職場復帰支援に際し、下記2の情報提供依頼事項について、添付の様式もしくは任意書式の文書により情報提供及びご意見をいただければと存じます。

なお、いただいた情報は、本人の治療と就労が両立するための支援の目的にのみ使用され、プライバシーには十分配慮しながら産業医が責任を持って管理いたします。今後とも弊社の健康管理活動へのご協力をよろしくお願い申し上げます。

記

1．従業員
氏　　名　　○　○　○　○　　（男・女）
生年月日　　年　　月　　日

2．情報提供依頼事項
（1）現在の健康状態、治療経過等
（2）今後の治療予定（治療予定期間、通院頻度、予見される副作用等）
（3）就業上の配慮の内容とその措置が必要な期間、その他ご意見
（時間外あるいは休日勤務、交代勤務、（海外）出張等について、禁止あるいは制限の必要性の有無）

（本人記入）私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成並びに産業医への提出について同意します。
年　　月　　日　　氏名　　印