こちらの雛形は

必要に応じて活用ください

## 診療情報提供書（紹介状）

（紹介先医療機関名） 所在地 〒

病院　　　　　科 御担当医師 事業場名

℡

先生 御机下 産業医氏名　 印

|  |
| --- |
| 患者氏名 殿 性別 男・女生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 （　　 ）歳 |

|  |
| --- |
| 診断名（状態名） |
| 紹介目的 |
| 面談時の症状 |
| 職場での状況（業務上問題となっていること等） |
| 職場として可能な対応 |

|  |
| --- |
| 提供していただきたい情報* 診断名 □ 就業の可否
* 治療内容 □ 就業上必要な配慮
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |

### ※ 返書には同封のフォーマットを御使用いただければ幸いです。

診療情報提供書（紹介状返書）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業場名 |  | 所在地 〒 |
| 担当産業医 |  | 医療機関名℡ |
|  | 机下 | 担当医氏名 印 |

|  |
| --- |
| 患者氏名 殿 性別 男・女生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 （ ）歳 |

|  |
| --- |
| 診断名（状態名） |
| 治療内容 |
| 就業の可否* 要休業 □ 通常勤務可能
* 要就業制限（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 就業上必要な配慮 |
| その他・伝達事項 |