　　年　　月　　日

**診療情報提供のお願い**

　　　　　病院

　　　　　クリニック　　　　先生　御机下

○○株式会社

産業医　　　　　　　　　印

Tel：ooo-xxx-oooo

日頃より弊社の健康管理活動にご理解ご協力をいただき感謝申し上げます。

この度は、下記の弊社従業員本人同意のもとに、下記の情報提供依頼事項について任意書式の文書により情報提供およびご意見を頂戴できればと存じます。

なお、いただいた情報は、本人の職場における健康・作業管理および適正配置の参考目的にのみに使用され、プライバシーには十分配慮しながら管理いたします。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、ご教示賜りますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

１．従業員

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | （生年月日　　年　　月　　日　　年齢　　歳） | 性別 |
| 男・女 |

２．勤務状況について

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　種 |  |
| 勤務形態 | □常時日勤　　□深夜勤務　　□交代勤務　　その他（　　　　　　） |
| 作業負担 | 身体負担（軽・中・重）　　　　心理負担（軽・中・重） |
| 有害作業 | □なし　　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 作業内容 |  |

３．情報提供依頼事項

（１）治療経過

（２）現在の状況（業務に影響を与える可能性のある症状や薬剤の副作用も含む）

（３）就業上の配慮に関するご意見（症状の悪化や再発・再燃防止のための注意事項等）

４．本人記入欄

|  |
| --- |
| 私は、診療情報提供書の作成と当社産業医への開示について同意します。  　　　　　年　　月　　日　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印 |