年　　月　　日

**医療情報提供依頼書**

病院

先生　御机下

　　　　　　　　　　　　　　住所：〒

株式会社　　　　　　　　　　　　　印

電話：　　　　　　 ＦＡＸ：

　日ごろより弊社の健康管理活動にご理解ご協力を頂きありがとうございます。

下記１の弊社従業員が就業していくのにあたり、下記２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及びご意見をいただければと存じます。

なお、頂いた情報は、本人のプライバシー、医師等の守秘義務には十分配慮しながら弊社が責任を持って管理いたします。 ご協力をよろしくお願い申し上げます。

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. 病名

（２）治療経過

（３）現在の状態

（４）就業上の配慮に関するご意見

　　　□通常就業に差し支えない　□制限付き就業にすべき　　□就業を控えるべき

|  |
| --- |
| 医療機関名：  　　　年　　　月　　　日　　　　　　　主治医名　　　　　　　　　　印 |

|  |
| --- |
| （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会社への提出について同意します。  年　　　月　　　日　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印 |

（ご意見）