2023年10月1日

診療情報提供依頼書

こころのクリニック

XX先生御机下

 〒XXX-XXX

 大阪府大阪市〇〇区△町1-1-1

 〇〇株式会社

 電話：XXX-XXXX-XXXX

産業医　　　清水　宏泰　　印

　下記１の職員に関し、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。○○は営業部で事務作業をメインに行っております。

　なお、いただいた情報は、労働者の健康を確保する目的のみに使用され、プライバシーに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。

　今後とも当社の健康管理活動へのご理解ご協力をよろしくお願い申し上げます。

記

１　職員

氏　名 （男・女）

生年月日 年 月 日

２　情報提供依頼事項

* 1. 発症から初診までの経過
	2. 治療経過
	3. 現在の状態（業務に影響を与える症状及び薬の副作用の可能性なども含めて）
	4. 就業上の配慮に関するご意見（症状の再燃・再発防止のために必要な注意事項など。勤務軽減、配置転換等の必要があれば、その内容と期間）
	5. その他

（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ならびに医師へ

　の提出について同意します。

　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印