**職場復帰支援に関する面談記録票**

記録作成日　　年　　月　　日　記載者（　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業場 |  | 所属 | |  | 従業員番号 | 氏 名 | 男・女 | 年齢　　歳 |
|  |  |
| 面談日時 ：　　年　　月　　日　　時  出席者：管理監督者（　　　） 人事労務担当者（　　　） 産業医等（　　　）  衛生管理者等（　　　） 保健師等（　　　） 他（　　　） | | | | | | | | |
| これまでの経過のまとめ | | |  | | | | | |
| 主治医による意見 | | | 医療機関名：　　　　　主治医： 　　　　連絡先：  治療状況等  就業上の配慮についての意見 | | | | | |
| 現状の評価問題点 | | | ・ 本人の状況  ・ 職場環境等  ・ その他 | | | | | |
| 職場復帰支援プラン作成のための検討事項  （復職時及びそれ以降の予定も含めて） | | | ・ 職場復帰開始予定日：　　年　　月　　日  ・ 管理監督者による就業上の配慮  ・ 人事労務管理上の対応事項  ・ 産業医意見  ・ フォローアップ  ・ その他 | | | | | |
| 職場復帰の可否 | | | 可・不可（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 次回面談予定 | | | 年　　月　　日　　時　　面談予定者： | | | | | |