

診療情報提供書（リワーク依頼書）

にしざわクリニック

心療内科担当医宛

紹介元 御社名

患者氏名

性別

生年月日

住所

電話番号

復職を困難にしていると疑われるものに○をしてください

過重労働、配置転換、人間関係問題、家庭問題

作業能力面、くりかえす休職、発達障害が疑われる

その他

上記を含めて会社における経過を簡単に結構ですのご要望を含め

て記載ください。下記の情報もお願いいたします

勤務年数

部署

休職回数

残り休職期間

御社内連絡窓口 人事部担当者名