|  |
| --- |
| 治療方針（現在及び今後予定している治療内容、期間等を記載のこと。） |
|  |
| 現　症（自他覚症状、検査所見等を記載のこと。） |
|  |
| 就労に関する意見  （原則、1日7時間45分勤務の就労の可否について意見を記載のこと。就労可能な場合で特に注意が必要な場合は具体的事項を記載のこと。） |
| * 可 * 条件付きで可（条件　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   ※就労に影響を与える症状及び薬の副作用  □なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   * 現時点では不可（　　ヶ月後に再度診察して判断する） |
| ○○　　　年　　　月　　　日  　　医療機関所在地  　　医療機関名  　　診療担当科名  医師氏名  　　電話番号 |

〔人様式〕２４－１

**診　断　書（主治医意見書）（その他の疾患用）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 | ○○　　　年　　　月　　　日（満　　　歳） | | |
| 住　所 |  | | |
| 診断名 |  | | |
| 既往歴 |  | | |
| 現病歴・経過・検査所見等  （手術をした場合は、施行日及び種類を記載のこと。新生物については、病相、ステージを記載のこと。結核性疾患については、病型及び菌検査結果を記載のこと。） | | | |
|  | | | |

（注）用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。