〔人様式２４－４〕　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式第１６

医　療　状　況　報　告　書（精神性疾患休職及び休職期間更新後６か月後）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属名 | 津島市立藤小学校 | | | 職名 | 教諭 | | 性別 | 男　・ |
| 氏　名 | 尾張　あまね | | | 生年  月日 | 平成元年３月８日 | | 年齢 | ３７ |
|  | | | | | | | | |
| 診断名 | | （ICD-10分類による診断名を記載してください。） | | | | | | |
| ６か月前から現在に至る経過及び症状 | |  | | | | | | |
| 治療状況 | | 通院頻度 |  | | | | | |
| 投薬内容、精神療法等 |  | | | | | |
| 治療による改善点や残存している問題点 | |  | | | | | | |
| 今後の病気や就労の見通しに関する意見 | |  | | | | | | |
| 復職支援プログラムに関する意見（実施予定の場合のみ記載してください。） | | 復職支援プログラム実施の適否（○をつける）： | | | | 適　　　・　　　否 | | |
| 実施にあたり職場が配慮すべき事項 | | | | | | |
| 上記のとおり診断いたします。  　　　　　　　年　　　月　　　日  医療機関所在地  医療機関名  （診療科名）  医師氏名 | | | | | | | | |

※　太枠の中は本人があらかじめ記載してください。

※　診断名以下は、主治医に記載を依頼してください。