〔人様式２４－２〕

**診 断 書（主治医意見書）（精神性疾患）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | ○○　　　年　　　月　　　日（満　　　歳） | | | | |
| 患者氏名 |  | 学校名 |  | 職名 |  | 性別 | 男・女 |
| 住　所 |  | | | | | | |
| 診断名 | （ICD-10分類による診断名を記載してください。） | | | | | | |
| 既往歴 |  | | | | | | |
| 発病から初診までの症状及び経過 | | | | | | | |
| 初診時所見（初診日：○○　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | |
| 現在の状態（休職及び期間更新時は、治療開始による改善点や残存している問題点をご記入ください。） | | | | | | | |
| 現在の治療内容   1. 投薬内容（薬剤名と処方量を記載してください。）   （２）精神療法（具体的な内容について記載してください。）  　　・認知行動療法　　　　　　回/　週・月（いつから　　　　）（医師・臨床心理士・看護師・その他）  　・支持的精神療法　　　　　回/　週・月（いつから　　　　）（医師・臨床心理士・看護師・その他）  　　・集団精神療法　　　　　　回/　週・月（いつから　　　　）  　　・その他（　　　　　　　）回/　週・月（いつから　　　　） | | | | | | | |
| 就労に関する意見  　　□7時間45分の就労可（職務の健康への影響は見込まれない）  　　□条件つきで可（就労上の措置　　　　　　　　　　　　　　　　　　　があれば可能）  　　□現時点では不可（療養の継続が望ましい）  就労可の場合の配慮事項  　　□長時間労働及び特殊勤務の禁止（超過勤務・休日勤務・宿日直勤務・深夜勤務・出張）  　　□勤務時間の制限　　□業務量の軽減　　□車の運転  　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 職場から本人に連絡する場合の留意事項（該当するものに☑をつけてください）  □本人に直接連絡してもよい。　　　　□家族（配偶者・親・親族）を介して連絡をしてほしい。  □主治医を介して連絡をしてほしい。　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 上記のとおり、診断し、就労の可否に関する意見書を提出します。  ○○　　　年 月 日 医療機関所在地  医療機関名  担当診療科名  医師氏名  電話番号 | | | | | | | |