

(別添2)

就労支援診断書

平成 年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

TEL/FAX _____

医師氏名 _____ 印

患者氏名	性別 (男 ・ 女)
生年月日 昭 ・ 平 年 月 日生 (歳)	
住所	TEL
病名	

就労の可否及び就労可能となる時期	
就 労 可 (平成 年 月頃から就労可能)	
不可	
今までの経過	
(診断までの経過、診断後の診療経過等)	
現在の病状	
(治ゆ・安定・不安定、等)	
現在の疾病、治療に伴う障害	

就労上配慮すべきこと	
(重いものを持たない、残業を控える、感染症に注意すること、等)	
今後の診療計画	
(〇ヶ月に一度入院加療が必要、等)	
今後の治療等により起こりうる障害	

その他の連絡事項	
