（３：医療機関→本人→事業者）

**診断書（就労支援用）**

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 |

|  |
| --- |
| 病名 |
|  |

|  |
| --- |
| 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）  条件付き可  　　　　不可（平成　　年　　月頃まで就労不能の見込み）  〔条件付き可の場合の就労条件〕  (1)就業時間  (2)業務内容  (3)その他 |
| 今後の診療計画 |
| （○か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 |
|  |

（注）本診断書は、平成○年○月○日付け第○○○号で（事業所名）から発行された「就労状況等に関する情報提供書」に基づいて

記載したものである。