|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者 | 氏名 | | 生年月日（年齢） | 性別 | 住所 |
|  | |  |  |  |
| 診　断　書 | 復職・就労継続 | 上記の方に関する治療状況を情報提供いたします。今後の予定は以下となります。  　□入院にて治療が必要　　　□入院が必要な治療は終了  　□今後外来にて追加治療　　□追加治療は当面予定されておらず外来にて経過観察  　□その他：（詳細） | | | |
| 復職・就労継続の検討の際に参考にしていただければと存じます。　　　　平成　　　年　　　月　　　日  医療機関名：  所在地：  電話番号：  　　　　　　　　　　 　　　医師氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |
| 情　報　提　供 | 治　療　状　況 | 診断名  １．　　　　　　　　　　　　　　　　発症年月日（平成　　年　　月　　日　頃）　　□　不詳  ２．　　　　　　　　　　　　　　　　発症年月日（平成　　年　　月　　日　頃）　　□　不詳  ３．　　　　　　　　　　　　　　　　発症年月日（平成　　年　　月　　日　頃）　　□　不詳  経過： | | | |
| 現在までの治療内容  外科的手術　□なし　□あり（術式：　　　　　　　　　　　　　　　手術日：平成　　年　　月　　日）  化学療法　　□なし　□あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  放射線療法　□なし　□あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  その他治療（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| これまでの治療による身体・精神の変化　□なし　□あり（添付資料：□なし　□あり）  これまでの治療による身体・精神の変化がありの場合の内容： | | | |
| 今後の通院・治療予定  通　　　院　□不要　□要　（回数：　　回／月・週　　　期間見込み：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  外科的手術　□なし　□あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  化学療法　　□なし　□あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　期間見込み：　　　　　　　　　　　　　　）  （術後補助化学療法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  放射線療法　□なし　□あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　期間見込み；　　　　　　　　　　　　　　）  その他治療（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　期間見込み：　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 今後の治療により見込まれる注意事項　□なし　□あり　（添付資料：□なし　□あり）  今後の治療により見込まれる注意事項がありの場合の内容： | | | |
| 主 治 医 意 見 | 復職・就労継続についての意見　　　　□なし　□あり  ありの場合の内容： | | | |
| その他　　　　　　　　　　　　　　　□なし　□あり　□産業医判断で可  ありの場合の内容： | | | |