

別記様式

診 断 書

氏 名		性別	生年月日		年齢	住所	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生		歳		
診断名	ICD-10 コード □□□ · □			発病年月日	年 月 日		
				初診年月日	年 月 日		
受診医療機関 名及び期間	病院	年 月 日	～	年 月 日	～	年 月 日	(・入院・通院)
	病院	年 月 日	～	年 月 日	～	年 月 日	(・入院・通院)
既往歴	病院						
	年 月 日						
受診医療機関							
治療歴及び治療内容							
現在の症状							
通院状況 (・治癒 ・経過観察中 回/月 ・その他)							
病状及び経過	主訴						
	受診動機 該当項目を○で囲んで下さい ・健診発見・有症状受診・経過観察中の再発・その他 ()						
診断根拠(検査成績等)及びステージ分類							
経過							
治療(手術は術式名、手術所見、病理所見、化学療法は主な薬剤名)							
年 月 日～ 年 月 日 ()							
年 月 日～ 年 月 日 ()							
年 月 日～ 年 月 日 ()							
年 月 日～ 年 月 日 ()							
※手術所見、病理所見(取り切れたか再発リスクの情報含む)は添付をお願いします。							

現在の病状に 関する意見	現在の自覚症状 (・有・無) いずれかを○で囲んで下さい 有の場合具体的に ()
	他覚所見 (・有・無) いずれかを○で囲んで下さい 有の場合具体的に ()
	直近の検査成績 (脳疾患や意識障害を伴う場合は、高次脳機能検査の結果も添付)
	(検査日: 年 月 日)
	今後の治療方針 (1 要治療継続、 2 要経過観察、 3 終診)
	上記 1 及び 2 の場合の通院頻度 (年もしくは月もしくは週 回)
最近の処方内容 (年 月 日 処方)	
今後予定している治療内容及び時期 (入院や休務を要する可能性も含めて記載)	
勤務をするにあたっての意見 (有・無)	
有の場合具体的な指示 ()	
<ul style="list-style-type: none"> ・制限を要する原因となる症状について ・制限すべき具体的な作業内容 ・制限の見込み期間 	
通勤・その他	通勤、トイレ動作、階段昇降など特別な配慮を要する事項
備考	
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関所在地 医療機関名 医師名 (署名)</p>	