

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（・入院・通院）
	病院			年	月	日～	年	月	日（・入院・通院）
	病院			年	月	日～	年	月	日（・入院・通院）
既往歴	診断名								
	受診医療機関								
	治療歴及び治療内容								
	現在の症状								
通院状況（・治療 ・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 （ ） ・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	
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師名（署名）	