診　　断　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属所名 | |  | 職 名 | | |  | | | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 氏　　名 | |  | 生年月日 | | | 年　 　　月　　 　日 | | | | | 満　 　歳 |
| 現 住 所 | |  | | | | | | | | | |
| 病　　名 |  | | | 合 併 症  既 往 症 |  | | | | | | |
| ＩＣＤ１０　コード　　　Ｆ－ | | |
| 発病からの経過 | 推定発病年月：　　　　年　　　月　　・　　不詳  初診年月日：　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | 入 院 歴 | | 有　 ・ 　無 | | |
| 治 療 歴 | | 有 　・ 　無 | | |
| 現 在 の 治 療 状 況 | | | | |
| １ 治療継続中(１ 入院 ・ ２ 通院 )  ２ 経過観察中  ３ その他（　　　　　 　　　　） | | | | |
| 現在の状況 | ＜現在の症状＞  ＜検査・治療内容＞ | | | | | | | ＜投薬の種類及び量＞ | | | |
|
| 問題点 |  | | | | | | | | | | |
| 将来の見込・勤務に関する意見 | ※現時点について下記１～４のいずれかに○をつけ、必要な項目を記入してください。また、補足がありましたら下の欄に記載してください。  １　要休業（　　　　 年　　　月　　　日頃　まで）  ２　復職可能（　　 　 年　　　月　　　日から）  ３　職場リハビリテーションの実施：　可　・　否  ４　勤務の継続：　支障なし　・　支障あり  ＜補足事項＞ | | | | | | | | | | |

様式第２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 埼玉県教育委員会

上記のとおり診断します。

　　　　 年　　　　月　　　　日　　　　　 　 医療機関名

　　　　　 　　　　　　　　　　　　 　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　診療科

　　　　　　 　　　　　　　　　　　　 　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（注）※ 上段の太枠線内は本人が記入し、医師に提出すること。

※「発病からの経過」及び「現在の状況」は、省略せず、具体的に詳しく記載してください。