　　　　（Ａ４判）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | ※病名、発病年月日、治療状況（治癒、治療中等）を記載してください。 | | | | | | | | |
| 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  発見方法：　健診 ・ 医療機関受診 ・ その他（　　　　　　　） | | | | | | | | 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＞  ＜治療・投薬内容＞ | | | | | | | 主 な 検 査 結 果 | | | | | | |
| 年 月 日 | | 項　目 | | | 結　果 | |
| ・ ・ | |  | | |  | |
| ・ ・ | |  | | |  | |
| ・　・ | |  | | |  | |
| ・　・ | |  | | |  | |
| ・　・ | |  | | |  | |
| ・　・ | |  | | |  | |
| 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１～３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　勤務の継続：　支障なし　・　支障あり  ＜補足事項＞ | | | | | | | | | | | | | |
| 復職･病状報告の場合に記入してください | | 出張制限　　無 ・ 有 （出張制限の程度：　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |

様式第３　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　埼玉県教育委員会

診　　断　　書

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。

　　 ※ 検査成績は「主な検査結果」欄に記入するか、検査成績書（コピー可）を添付してください。

　　　※ 復職又は病状報告の場合は、出張制限の要否及び程度を記入してください。