様式第１ 診　　断　　書 　　 埼玉県教育委員会

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属所名 |  | 職　 　名 |  | 男 ・ 女 |
| 氏　　　　 名 |  | 生年月日 |  年　　月　　日生 | 満　 　歳 |
| 住　　　　 所 |  |
| 病　　　　 名 |  | 発病年月日 |  　 年　　 　月　　 　日 |
| 発見方法 |  健　診 　　医療機関受診 その他( 　) |
| 既往症 | 病　　　　　　　名 | 発病年月日 | 過去の治療期間 |
|  | 年 　月 　日 | 年　月　日～ 年 月　日 年　月　日～ 年 月　日  |
| 　 最終ツベルクリン反応検査 |  陽性・疑陽性・陰性 （　 　年　　月実施） |
| 現在の治療及 び 経 過 | 入　 院 | 　　　　年　　 月　　 日 ～ 　 　年　　 月　　 日 |
| 通　 院 | 　　　　年　　 月　　 日 ～ 　　 年　　 月　　 日 |
| 化学療法 | 　薬品名（該当するものに○印） 　ＩＮＨ・ＲＦＰ・ＥＢ・ＰＺＡ・ＳＭ・ＫＭ・ＰＡＳ・ＥＶＭ・ＣＳ・ＴＨ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 外科的療法 |  　　　　　　　　　　（　　　年 　 月 日 医療機関名 ) |
| 結核菌検査 | 年　　　月 |  　　年 　　 月 |  年 　　 月 |  年 　　 月 |  年 　　 月 |
| 塗　　　沫 |  － ± ＋ 2＋ 3＋ 号 |  － ± ＋ 2＋ 3＋ 号 |  － ± ＋ 2＋ 3＋ 号 |  － ± ＋ 2＋ 3＋ 号 |
| 培　　　養 | －　＋　検査中 | －　＋　検査中 | －　＋　検査中 | －　＋　検査中 |
| 血 沈 検 査 | 検査年月日/ / | １時間値mm  | 検査年月日/ / | １時間値mm   | 検査年月日/ / |  １時間値㎜  １時 間値Mm  |
|  感受性検査 その他の検査 | 検査年月日/ / |  | 検査年月日/ / |  | 検査年月日/　 / |  |
| 最　 近 　の所　　　　見（学会分類も記入） |  発　病　時　　　 　中　間　時 　 　　最近のもの　　　　断層所見又はCT所見 　年　　月　　日 年　　月　　日　 年　　月　　日 |
|  特に問題と なる点 |  |
| 将来の見込み休職(休職期間),復職等、勤務に関する意見 |  |  |

　　上記のとおり診断いたします。

　　　　　　　　年　　 月 　　日 　 　　　　 　　 医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　住　　　所

 診 療 科

 医　師　名　　　　　 印

 （注）

※　上段の太枠線内は、原則として本人が記入し、医師に提出すること。

　　※　提出の際は、発病時、最新時のレントゲン写真を添付してください。