

第5号様式（保健審査会 第2部会 精神神経疾患用）

診 断 書

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日 歳	男・女
病 名  (ICD-10診断基準)		診断書作成医療機関における初診年月日		年 月 日
		入 院	入 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
現在の 通院状況			機 関 名	
現在までの 病状経過と 治療経過 (詳細に)				
現在の 処方薬				
現在の病状 (詳細に)				
今後の 治療方針				

<p>復職（復帰） についての 意見</p>	<p>復職（復帰）の可否： <b>可</b> ・ <b>否</b> （該当に○）</p> <p>上記判断の理由（病休になった原因症状の回復程度などを具体的に記入してください）</p> <p>復職（復帰）可の場合 ・ 職務上留意すべき事項</p> <p>・ 生活上留意すべき事項</p>
--------------------------------	--

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

担当医師名

