様式第2号（第4条関係）

診　　　断　　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 |  | 生年月日 | 年　月　日生  　　　（ 歳） |
| 病 名 |  | | |
| ・発病及び初診時  　の状況 |  | | |
| ・現在までの経過  　及び治療内容 |  | | |
| ・現在の状況  ・職務に影響する症状  ・薬の副作用の  　可能性 |  | | |
| ・職場適応訓練の  　必要性 |  | | |
| ・訓練内容等  　①作業時間  　②指導上の  注意事項 |  | | |
| 上記のとおり診断します。  　　　　　　　年　　月　　日  　粕屋町長　　様  　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署または記名押印） | | | |