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） |