

医師の意見書

氏名等	氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	住所					
病名等	休職の原因となった 疾病・外傷名 (発生年月日)					
	上記を原因とする 障害等の種類 (該当するものに○をつけ、カッコ内に 必要な記載をしてください。)	①視覚障害、②聴覚又は平衡機能の障害、③音声機能・言語機能 又はそしゃく機能の障害、④肢体不自由、⑤内部障害 ⑥統合失調症、⑦そううつ病(そう病、うつ病を含む)、⑧てんかん、 ⑨その他の精神障害()、 ⑩難病(病名)、⑪高次脳機能障害				
	上記疾病・外傷の療養のため に休職が必要な期間					
既往障害・既往症	既往障害の種類		既往症			
	障害者手帳の有無 あり(手帳の種類 級) ・ なし					
日常生活能力の程度 (該当するものを選び、 どれか1つを ○で囲んでください。)	(1) 社会生活は普通にできる。 (2) 家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活上困難がある。 (3) 家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助や保護が必要である。 (4) 身のまわりのことはかろうじてできるが、適当な援助や保護が必要である。 (5) 身のまわりのことは全くできない。					
就労に関する事項	労働習慣(規則正しい勤務とその継 続、危険への対応等)の確立の程度及 び今後の見こみ					
	就労に 際しての 留意事項	作業の内容、環境、時間(作業 可能な1日あたりの時間数、1週 間あたりの日数)等の制限、配 慮事項その他予想される問題 点				
		必要な通院日数	1か月あたり	回程度		
		就労の可能性の有無	あり	なし		
	労働能力 の程度	就労可能な具体的な就労場 所・条件等 (①一般企業での通常勤務、②短 時間勤務(1日○時間程度、週○ 日程度)、③福祉施設での軽作業 等)				
※ 高次脳機能障害の場合 の画像診断結果等						
その他参考となる意見 (症状をくずす誘因となるもの等)						

(※) 高次脳機能障害の場合に記載してください。

以上のとおり意見を述べる。

所在地
年 月 日 名称
診療科
医師名

印