〔人事様式４６〕（提出時に削除）

様式第１２

医療状況報告書（精神性疾患休職及び休職期間更新後６ヶ月後）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属名 |  | | | 職名 |  | 性別 | 男・女 |
| 氏　名 |  | | | 生年 月日 | 年　　月　　日 | 年齢 |  |
|  | | | | | | | |
| 診断名 | | （ＩＣＤ―10分類による診断名を記載してください。） | | | | | |
| ６ヶ月前から現在に至る経過及び症状 | |  | | | | | |
| 治療状況 | | 通院頻度 |  | | | | |
| 投薬内容、精神療法等 |  | | | | |
| 治療による改善点や残存している問題点 | |  | | | | | |
| 今後の病気や就労の見通しに関する意見 | |  | | | | | |
| 復職支援プログラムに関する意見  （実施予定の場合のみ記載してください。） | | 復職支援プログラム実施の適否（○をつける）：　　適　・　否 | | | | | |
| 実施にあたり職場が配慮すべき事項 | | | | | |
| 上記のとおり診断いたします。  　　　　　　年　　月　　日  医療機関所在地  医 療 機 関 名  （診療科名）  医　師　氏　名 | | | | | | | |

　※　太枠の中は本人があらかじめ記載してください。

　※　診断名以下は、主治医に記載を依頼してください。