

復職・就労継続支援に関する診断書(情報提供)

※本様式に御記入が難しい場合は、任意様式に御記入いただいても結構です。

患者	氏名	生年月日 (年齢)	性別	住所
診断書	上記の方に関する治療状況を情報提供いたします。今後の予定は以下となります。 <input type="checkbox"/> 入院にて治療が必要 <input type="checkbox"/> 入院が必要な治療は終了 <input type="checkbox"/> 今後外来にて追加治療 <input type="checkbox"/> 追加治療は当面予定されておらず外来にて経過観察 <input type="checkbox"/> その他:(詳細)			
	復職・就労継続の検討の際に参考にさせていただければと存じます。		平成	年
情報提供	医療機関名: _____ 所在地: _____ 電話番号: _____ 医師氏名: _____ 印			
	診断名			
	1.	発症年月日(平成 年 月 日頃) <input type="checkbox"/> 不詳		
	2.	発症年月日(平成 年 月 日頃) <input type="checkbox"/> 不詳		
	3.	発症年月日(平成 年 月 日頃) <input type="checkbox"/> 不詳		
	経過:			
	現在までの治療内容			
	外科的手術 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(術式: _____ 手術日:平成 年 月 日) 化学療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: _____) 放射線療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: _____) その他治療(内容: _____)			
	これまでの治療による身体・精神の変化		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(添付資料: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)	
	これまでの治療による身体・精神の変化が有りの場合の内容:			
今後の通院・治療予定				
通院 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (回数: _____ 回/月・週 期間見込み: _____) 外科的手術 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: _____) 化学療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: _____ 期間見込み: _____) (術後補助化学療法: _____) 放射線療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: _____ 期間見込み: _____) その他治療(内容: _____ 期間見込み: _____)				
今後の治療により見込まれる注意事項		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(添付資料: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)		
今後の治療により見込まれる注意事項が有りの場合の内容:				
主治意見	復職・就労継続についての意見		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	ありの場合の内容:			
その他		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 産業医判断で可		
ありの場合の内容:				

記入例

復職・就労継続支援に関する診断書(情報提供)

※本様式に御記入が難しい場合は、任意様式に御記入いただいても結構です。

患者	氏名	千葉 花子	生年月日 (年齢)	昭和42年 1 月 1 日 (48歳)	性別	女	住所	〇〇市△△1-1	
	復職・就労継続	上記の方に関する治療状況を情報提供いたします。今後の予定は以下となります。 <input type="checkbox"/> 入院にて治療が必要 <input type="checkbox"/> 入院が必要な治療は終了 <input type="checkbox"/> 今後外来にて追加治療 <input type="checkbox"/> 追加治療は当面予定されておらず外来にて経過観察 <input type="checkbox"/> その他:(詳細)							
診断書	復職・就労継続の検討の際に参考にさせていただければと存じます。		平成	年	月	日			
	医療機関名:				所在地:				
		電話番号:				医師氏名:		印	
治療状況	診断名								
	1.	発症年月日 (平成 年 月 日 頃)				<input type="checkbox"/> 不詳			
	2.	発症年月日 (平成 年 月 日 頃)				<input type="checkbox"/> 不詳			
	3.	発症年月日 (平成 年 月 日 頃)				<input type="checkbox"/> 不詳			
	経過:								
	現在までの治療内容		<input type="checkbox"/> 外科的手術 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(術式: 手術日:平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容:) <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容:) <input type="checkbox"/> その他治療 (内容:ホルモン療法、治験等)						
	これまでの治療による身体・精神の変化		<input type="checkbox"/> なし						
	これまでの治療による身体・精神の変化が有りの場合の内容:		ダンピング症候群や人工肛門の増設等に伴う排泄、食事等の状況、骨髄抑制の有無、皮疹、鬱・不眠などの副作用に伴う身体・精神機能について記入。						
	今後の通院・治療予定		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (回数: 回/月・週 期間見込み:) <input type="checkbox"/> 外科的手術 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容:) <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: 期間見込み:約6カ月) (術後補助化学療法:3ヶ月に1回程度、効果判定を実施しつつ継続予定。2週間に1回の通院頻度の見込み。) <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: 期間見込み:約30日) <input type="checkbox"/> その他治療 (内容: 期間見込み:)						
	今後の治療により見込まれる注意事項		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(添付資料: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)						
今後の治療により見込まれる注意事項が有りの場合の内容:		ダンピング症候群や人工肛門の増設等に伴う排泄、食事等の状況、骨髄抑制の有無、皮疹、鬱・不眠などの副作用に伴う身体・精神機能について記入。また、一部の抗がん剤(アルコール含)の実施をしている患者の運転制限等、リスクを伴う事柄も記入。							
主治医意見	復職・就労継続についての意見		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
	ありの場合の内容:		通勤や従事する業務内容等について、注意や配慮が必要な場合は記入。						
	その他		<input type="checkbox"/> なし						
ありの場合の内容:		治療の見込期間(〇年〇月位まで治療予定)等を記入。							

現在までの治療内容、経過、今後の治療予定を御記入ください。
 今後の治療予定は、通院治療の際に、休暇等の配慮が必要かを判断するためにお伺いします。
 添付資料について、治療計画書や患者への内容説明書等の写しが御提出可能な場合は、添付をお願いいたします。

この情報提供書は、がんと診断された時にすぐに仕事を退職するのではなく、仕事と治療の両立を可能にするための主治医と患者・会社・産業医を結ぶ資料になります。患者の今後の就業方針が定まることを踏まえて、主治医意見を記載頂くようお願いいたします。