

病状、治療計画、就労上の措置に関する意見書

患者氏名		生年月日	年 月 日
住 所			

病 名	<input type="checkbox"/> がん・脳卒中・慢性肝疾患・指定難病 <input type="checkbox"/> それ以外の傷病
-----	--

現在の症状	障害年金 _____ 級相当 障害者雇用制度（非該当・障害者・重度障害者）相当
-------	--

治療の予定	入院・手術の予定： _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日頃 通院の予定：月・年 _____ 回程度 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃まで
-------	---

就労継続の可否	<input type="checkbox"/> 可 （現状で職務による健康への悪影響は軽微である） <input type="checkbox"/> 条件付きで可（就業上の措置・配慮があれば可能） <input type="checkbox"/> 現時点で不可（療養への専念が望ましい； _____ 年 _____ 月 _____ 日頃まで）
---------	--

業務上の配慮事項	
----------	--

その他の特記事項	
----------	--

配慮の期間	<input type="checkbox"/> 恒久的 <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月 _____ 日頃に再検討（ <input type="checkbox"/> 軽減 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 不明）
-------	--

医療機関名

_____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 科（医師署名） _____ ⑩

上記内容を確認しました。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 （本人署名） _____ ⑩

この様式は、本人が病状を悪化させることなく療養と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は本人を介して事業所と医療機関で共有し、プライバシーに十分配慮して管理されます。

病状、治療計画、就労上の措置に関する意見書

患者氏名	●● ●●	生年月日	昭和●●年 ● 月 ● 日
住所	埼玉県所沢市●● ●—●●		

病名	●●●●●●●● <input checked="" type="checkbox"/> がん・脳卒中・慢性肝疾患・指定難病 <input type="checkbox"/> それ以外の傷病
----	---

現在の症状	<p>周辺視野は比較的保たれているが中心暗点があり、視力不良である。また羞明の自覚があるため、屋内においても遮光眼鏡の装用が必要である。</p> <p style="text-align: right;">障害年金 <u>1</u> 級相当 障害者雇用制度（非該当・障害者 重度障害者) 相当</p>
-------	--

治療の予定	<p>入院・手術の予定：____年 ____月 ____日～____年 ____月 ____日頃 通院の予定：月年 <u>1</u> 回程度 ____年 ____月 ____日頃まで</p> <p>拡大読書器や ICT 機器の訓練のため、定期的な通院が必要である。 現時点で入院または入所による集中訓練は予定していない。</p>
-------	---

就労継続の可否	<input type="checkbox"/> 可 (現状で職務による健康への悪影響は軽微である) <input checked="" type="checkbox"/> 条件付きで可 (就業上の措置・配慮があれば可能) <input type="checkbox"/> 現時点で不可 (療養への専念が望ましい；____年 ____月 ____日頃まで)
---------	--

業務上の配慮事項	<p>紙媒体の書類に関しては拡大読書器で読み書き可能である。電子媒体についてはパソコンの標準機能にある拡大表示で概ね対応可能であるが、音声機能や拡大機能のあるアプリケーションを用いることで作業効率は向上する。</p> <p>羞明があるため、窓際や西日の差し込む場所での勤務は困難である。</p>
----------	---

その他の特記事項	
----------	--

配慮の期間	<input checked="" type="checkbox"/> 恒久的 <input type="checkbox"/> ____年 ____月 ____日頃に再検討 (<input type="checkbox"/> 軽減 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 不明)
-------	--

医療機関名 _____ 年 ____月 ____日

_____ 科 (医師署名) _____ ⑩

上記内容を確認しました。 ____年 ____月 ____日 (本人署名) _____ ⑩

この様式は、本人が病状を悪化させることなく療養と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は本人を介して事業所と医療機関で共有し、プライバシーに十分配慮して管理されます。