

就労能力等についての医師の意見書

組合員名前	共 済 太 郎	生年月日	△△△△年 △月 △日
初診年月日	△△△△年 △月 △日	傷病名	脳 腫 瘍
現傷病の療養等の経過	傷病の経過とその概要（主な検査及び手術等の処置結果） 医師に詳しく記載してもらおうこと。 _____ _____ _____ _____ _____		
	入院外来の区別	1 入院している	② 通院している
病気等による就労能力	就労能力等の程度（該当するものを選んで○をしてください。） 1. 無症状で社会活動ができ、制限を受けることはない 2. 労働には一定の制限を受けるが、一般事務等はできる 3. 家庭内での単純な日常生活はできるが、社会生活（就労）はできない ④ 歩行や身のまわりのことはできるが、しばしば介助がいる 5. 身のまわりのことができず、常に介助がいる		
	3、4、5のいずれかに該当した場合は、その状態が続くと予想される期間を記入してください。 期 間△△△△年 △月 △日から△△△△年 △月 △日まで		
△△△△年 △月 △日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 医療機関名 ○○病院 所在地 ○○市○○町△-△-△ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 医師の名前 鈴木 五 郎 </div>			