就労能力等についての医師の意見書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 組合員名前 | |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 初診年月日 | | 年　　月　　日 | | 傷 病 名 | |  |
| 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） | | | | | |
| 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  医療機関名  所　在　地  医師の名前 | | | | | | |