

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・精神の変化が有る場合の内容:			
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る場合の内容:				
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	生年月日 (年齢)	性別	住所
	千葉 花子	昭和42年1月1日(48歳)	女	〇〇市△△1-1
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: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造設等に伴う排泄、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				
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: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。)				
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 )		
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造設等に伴う排泄、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。			
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。