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　　　　　　　　　　　　　　　　 |