

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			