

(様式2)

リワークプログラムの参加に係る診断書

本人 記入 欄	ふりがな 氏名			
	生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男・女
	所属校名		職名	

病名	
既往歴	
現病歴	
現在服薬中の薬（お薬の説明書写しを添付するでも可）	
休職時の所見（休職時が不明の場合は初診時の所見）	
治療経過	
現症（精神現症及び身体現症）	
リワークプログラム参加についての意見	
上記の通り診断します。	令和 年 月 日
所在地	
医療機関名	
医師氏名	印
連絡先（ ）	—