|  |
| --- |
| ５　検診結果による稼働能力判定調書　　　※該当の□内に✓印をご記入ください。（１）既往症の状況（現在の病状）　　□　全治　　　　　　　　　　　　　　　　　　この場合の理由　　□　おおいに回復中　　　　　　　　　　　　　□　病質による　　□　やや回復中　　　　　　　　　　　　　　　□　本人に原因（　　　　　　　　　　　　）　　□　特段の変化は見られない　　　　　　　　　□　生活環境に問題　　□　やや悪化　　　　　　　　　　　　　　　　□　医療生活態度に問題　　□　おおいに悪化　　　　　　　　　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　）　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　）　□　不明（２）今後の治療　　□　施療の必要は認められない　　□　施療を要する　　　　　通院の必要性　　　□　毎日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　週に　　　　　回　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　月に　　　　　回　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　）その他　　　　　　□　　　　　　　　　科の診療が必要　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　　　　　　　　の検査が必要　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　入院を要する　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　）（３）稼動の可能性（稼働能力の判定意見）　　□　治療の必要性がなく、いまでも稼動できる　　□　病状において若しくは治療しながらでも、稼動することができる　　□　今すぐの稼動は無理だが、あと　　　か月で稼動することができる　　□　現在の判定では、将来とも稼動の見込みがたたない　　□　稼働能力はない　　　□　全く働いてはいけない　　　□　何をしても差し支えない　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（４）その他参考事項 |

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日　伊賀市社会福祉事務所長　様指定医療機関の所在地及び名称院　（所）　長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当医師）病状確認書下記の者に対する検診結果は次のとおりです。１　被検診者　　住　　所　　氏　　名　　生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日　生性　　別　　２　傷病名及び治療方針　　※手術の要否意見（　１　要する　２　要しない）　　　　　３　通院頻度（　　　回／月）※通院での治療内容及び検査治療に要する時間もご記入ください。　　　　４　今後必要とされる通院期間（　　　　年　　　月頃まで）　　※通院方法　　（公共交通機関の利用可否・付添の有無等）もご記入ください。　　　　　 |
|  | 福祉事務所嘱託医意見　令和　　年　　月　　日印　 |
| 所　　長 | 課　　長 | 係　　長 | 担当員 | 医療担当 |
|  |  |  |  |  |
| 交付番号 |  | 発行年月日 |  | 地区担当員 |  |

備考：　この病状確認書は、伊賀市社会福祉事務所へ直送してください。