|  |
| --- |
| 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。