復職支援に係る診療情報提供書

作成年月日　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 住所 |  | | |
| 診断名 |  | | |
| 1. 心身の状態（休職の必要性などを記入） 2. 休職を要する期間 3. 復職にあたり障害福祉サービスの支援を受けることが必要であるか。   必要　　　・　　不必要  不必要な場合の理由   1. 留意事項（復職支援に際し留意すべき事項を記入） | | | |
| 病院名：  所在地：  連絡先：  医師氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |