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 |