＜様式第２号（第４条関係）＞

診　　断　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 診断名 　　　　　　　　　　ＩＣＤ１０コード【　　　　　　　　　　　】 | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 臨床経過 | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 職場復帰サポートシステムの実施に関する意見 | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 職場復帰サポートシステムの実施に際し、配慮すること | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 上記のとおり診断する。 | | | |
| 年　　月　　日 | | | |
| 所　在　地 | | | |
| 医療機関名 | | | |
|  | | | |
| 医　師 印 | | | |

※「ICD10コード」とは、WHO（世界保健機構）で定められた疾病コードをいいます。

※「職場復帰サポートシステム」とは精神疾患による休職等から職場復帰をしようとする場合に、心と身体を学校生活に徐々に慣らす機会を設けることで、職場復帰への不安を少なくし、スムーズに復帰できるように支援を行うもの