様式第２号（第５条）

診　断　書

職場復帰訓練

所属記入欄	所属名				職名（担当教科）（小学校の場合は担当学年）		（　　）	
	ふりがな		生年月日	年　月　日生 ※年度末満年齢（　歳）	性別		採用年月日	年　月　日
	氏　名							
	職員番号		現住所					
	過去における休職期間	自　年　月　日 主病名 至　年　月　日			自　年　月　日 主病名 至　年　月　日			
	現在の休職期間	自　年　月　日 主病名 至　年　月　日						

１．病 名		２．合併症	

３．既往症及び現病歴　　前回診断時と同様の場合でも具体的に記入してください。

４．初診時の所見　　前回診断時と同様の場合でも具体的に記入してください。

初診年月日	年　月　日

５．経過及び現症　　現在までの治療法・治療経過、入退院状況、通院の頻度、薬剤の投与状況及び検査データ等について具体的に記入してください。（別紙可）

身長	cm	体重	kg

６．職場復帰訓練の実施に関する主治医の意見

上記のとおり診断する。

住　　所
医療機関名
年　月　日　　診療科名　　（科）
医　　師

（注1）この診断書を基に職場復帰訓練の可否を審議しますので、職員の現症や休職を要する根拠等を詳細かつ明確に記載してください。署名又は記名押印の上、１部提出してください。（ＪＩＳ規格Ａ４縦型）

（注2）訓練期間確保のため、新規休職や休職更新と同時に申請する場合は、新規休職や休職更新に係る診断書（福岡県公立学校職員等身体検査取扱要領「診断書（休職・復職時）（様式２号）」の主治医の意見欄に訓練の実施に関する意見を主治医に記入してもらうことでこの様式の提出を省略することができます。

審議会記入欄	決　定		審議日	年　月　日		
	摘　要				職場復帰訓練期間	自　年　月　日 至　年　月　日