様式第２号

リワークプログラムに係る診断書

本人記入欄	所属所名			
	氏　名（ふりがな）		職　名	
	生年月日	年　月　日 （　　歳）	性　別	男　・　女

病　名	
既往症	
現病歴	
現在服薬中の薬（※１）	
休職時の所見（休職時が不明の場合は初診時の所見）	
治療経過	
現症（精神現症及び身体現症）	
リワークプログラム参加についての意見	
【中国中央病院の往復に**自家用車**を使用する場合】いずれかに☑してください	
□　安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作に関する能力を欠くおそれのある症状（薬の副作用も含む）を呈しておらず、**自家用車使用**可	
□　自家用車使用不可	
上記のとおり診断します。 令和　　年　　月　　日 所　在　地 医療機関名 医師氏名　　印 連　絡　先（　　）　　－	

※１　お薬の説明書の写しを添付でも可。
※２　別紙を添えて診断書の記載依頼をすること。