

医療情報提供書

(別紙2)

ふりがな		生年月日	昭和	年	月	日
氏名			平成	(歳)

1 発症及び受障年月日

2 疾病名

3 疾病の状況

4 現在の医療の状況

1)治療内容

2)通院状況

3)服薬状況

4)職業訓練に際しての留意事項

5 総合所見(いずれか一方に○を付けてください。)

職業訓練の受講可能性

十分可能 可能 ある程度可能 困難 不可能

企業等での就業可能性

見込まれる どちらともいえない 見込めない

.....

記入年月日 年 月 日

医療機関名

所在地

診療科名

医師氏名(自署又は押印)