

様式第2号（第3条関係）

氏名	職員番号（ ）	男女	年 月 日生（ 歳）
所属名		職 名	（ ）
住 所			
診 断 書 （ 試 し 出 勤 用 ）			
傷 病 名	（主症）	（合併症）	
発病から現在までの病歴 及び治療の経過及び内容			
現 在 の 状 態	（通院状況） （治療内容） （服薬状況）		
臨 床 検 査 等 の 結 果			
試し出勤に関する意見	試し出勤*を 週間程度実施することについて *「試し出勤」とは、休職中の職員の復職に対する不安を軽減し、 疾病の再発防止を図るため、復職に先立ち主治医の指示の下に 職場等において実施する訓練です。		
	可 ・ 不 可		
職場等において配慮すべき点	（ ）時間制限 （ ） （ ）軽作業のみ （ ） （ ）その他 （ ）		
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 所 在 地 医 師 氏 名 （自署しない場合は、記名押印をしてください。）			

※検査データ・服薬状況等については、できるだけ詳細に記入してください。（別添資料可）