

教福第 579-1 号
平成24年3月29日

課 所 館 長
県立学校長

} 様

埼玉県教育委員会教育長

埼玉県教職員健康審査会運営細則の一部改正について（通知）

このことについて、下記のとおり改正したので通知します。事務に遺漏のないようお願いします。

記

1 改正内容

(1) 様式2号（精神疾患用）

- ア 既往症の欄を簡略化し、合併症も記載できるようにする。
- イ 『発病からの経過』の欄に「推定発病年月」「初診年月日」の記載欄を設ける。
- ウ 『現在の状況』の欄に「現在の症状」「検査・治療内容」「投薬の種類及び量」の記載欄を設ける。
- エ 『将来の見込み』の項目に「勤務に関する意見」を加えるとともに、「要休養」「復職可能」「職場リハビリテーションの実施」「勤務の継続」について、期日等を記入する選択肢及び補足事項を記載する欄を設ける。
- オ 診断書作成日の記載欄から「平成」を除く。

(2) 様式3号（一般疾病用）

- ア 既往症の欄を簡略化し、合併症も記載できるようにする。
- イ 『発病からの経過』の欄に「推定発病年月」「初診年月日」「発見方法」の記載欄を設ける。
- ウ 『現在の状況』の欄に「現在の症状」「治療・投薬内容」の記載欄を設ける。
- エ 『将来の見込み』の項目に「勤務に関する意見」を加えるとともに、「要休養」「復職可能」「勤務の継続」について、期日等を記入できる選択肢及び補足事項を記載する欄を設ける。
- オ 診断書作成日の記載欄から「平成」を除く。

2 施行日 平成24年4月1日

3 その他

平成24年4月実施予定の埼玉県教職員健康審査会（4月18日予定）に提出する書類から使用することとする。ただし、この文書が到達する前に医師の証明書を受けた診断書については、従前の様式とする。

担 当 福利課健康づくり・メンタルヘルス担当
押江・小泉

電 話 048-830-6971

E-mail a6680-12@pref.saitama.

所属所名				職 名				性 別	男 ・ 女	
氏 名				生年月日	年 月 日			満 歳		
現 住 所										
病 名				既 合 往 併 症 症						
発 病 か ら の 経 過	推定発病年月： 年 月 ・ 不詳			入 院 歴			有 ・ 無			
	初 診 年 月 日： 年 月 日			治 療 歴			有 ・ 無			
				現 在 の 治 療 状 況						
				1 治療継続中（1 入院 ・ 2 通院） 2 経過観察中 3 その他（ ）						
現 在 の 状 況	＜現在の症状＞						＜投薬の種類及び量＞			
	＜検査・治療内容＞									
問 題 点										
将 来 の 見 込 ・ 勤 務 に 関 する 意 見	※現時点について下記1～4のいずれかに○をつけ、必要な項目を記入してください。また、補足がありましたら下の欄に記載してください。									
	1 要 休 業（ 年 月 日頃 まで） 2 復職可能（ 年 月 日から） 3 職場リハビリテーションの実施： 可 ・ 否 4 勤務の継続： 支障なし ・ 支障あり									
	＜補足事項＞									

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

所在地

診療科

醫師名

印

(注) 上段の太枠線内は本人が記入し、医師に提出すること。

様式第3

診 断 書

埼玉県教育委員会

所属所名			職 名			性 別	男 ・ 女	
氏 名			生年月日	年 月 日		満 歳		
現 住 所								
病 名			既 合 往 併 症 症	※病名、発病年月日、治療状況（治癒、治療中等）を記載してください。				
発病からの経過	推定発病年月： 年 月 ・ 不詳			入 院 歴		有 ・ 無		
	初 診 年 月 日： 年 月 日			治 療 歴		有 ・ 無		
	発 見 方 法： 健診 ・ 医療機関受診 ・ その他（ ）			現 在 の 治 療 状 況				
				1 治療継続中（1 入院 ・ 2 通院） 2 経過観察中 3 その他（ ）				
現 在 の 状 況	<現在の症状>			主 な 検 査 結 果				
				年 月 日	項 目	結 果		
	<治療・投薬内容>			・ ・				
				・ ・				
				・ ・				
				・ ・				
				・ ・				
			・ ・					
問 題 点								
将来の見込・勤務に関する意見	※現時点について下記1～3のいずれかに○をつけ、必要な項目を記入してください。また、補足がありましたら下の欄に記載してください。							
	1 要休業（ 年 月 日頃 まで） 2 復職可能（ 年 月 日から） 3 勤務の継続： 支障なし ・ 支障あり <補足事項>							
復職・病状報告の場合に記入してください			出張制限 無 ・ 有（出張制限の程度： ）					

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

所 在 地

診 療 科

医 師 名



(注) ※上段の太枠線内は本人が記入し、医師に提出すること。

※検査成績は「主な検査結果」欄に記入するか、検査成績書（コピー可）を添付してください。

※復職または病状報告の場合は、出張制限の要否及び程度を記入してください。