**病 状 調 査 票**

１．対象患者

|  |  |
| --- | --- |
| 患者名： | 生年月日： |
| 病院名： | |
| 主治医： | |

２．病状

|  |  |
| --- | --- |
| 疾病名 | 初診年月日 |
| １． | 年　　　　月　　　　日 |
| ２． | 年　　　　月　　　　日 |
| ３． | 年　　　　月　　　　日 |

３．治癒の見込み期間

|  |
| --- |
|  |

４．現に行っている療養上の指示及び患者の受療態度

|  |
| --- |
|  |

５．当該患者及び家族に関し、福祉事務所に対する意見要望

|  |
| --- |
|  |

６．就労の可能性（○を付けてください）及びその程度

可：（　軽労働　　中労働　　重労働　）

※就労する上で身体的制限や考慮の必要等あれば記入してください。

|  |
| --- |
|  |

否：（就労はできない）