

基 発 第 72 号  
昭和 51 年 1 月 13 日  
最終改正 基発 0331 第 34 号  
令和 4 年 3 月 31 日

各都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長

労災診療費算定基準について

標記については、昭和 51 年 1 月 13 日付け基発第 72 号（最終改正：令和 2 年 12 月 25 日）により取り扱ってきたところであるが、今般、下記のとおり改め、令和 4 年 4 月 1 日以降の診療に適用するので、了知の上、取扱いに遺漏なきを期されたい。ただし、下記の 1 の（1）のウ及び（4）のウは、令和 4 年 10 月 1 日以降の診療に適用する。

記

- 1 労働者災害補償保険法（以下「法」という。）の規定による療養の給付に要する診療費の算定は、診療報酬の算定方法（平成 20 年 3 月 5 日厚生労働省告示第 59 号（最終改正：令和 4 年 3 月 4 日））の別表第一医科診療報酬点数表及び第二歯科診療報酬点数表（以下「健保点数表」という。）の診療報酬点数（以下「健保点数」という。）に労災診療単価を乗じて行うものとする。

ただし、初診料、再診料、処置、手術、リハビリテーション料の一部及び入院基本料等の額又は点数は、次に定めるところによるものとする。

（1）初診料 3,820 円

ア 労災保険の初診料は、支給事由となる災害の発生につき算定できるものとする。したがって、既に傷病の診療を継続（当日を含む。以下同じ。）している期間中に、当該診療を継続している医療機関において、当該診療に係る事由以外の業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病により、初診を行った場合は、初診料を算定できるものとする。

イ 健保点数表（医科に限る。）の初診料の注 5 のただし書に該当する場合（上記アに規定する場合を除く。）については、1,910 円を算定できる。

ウ 紹介状なしで受診した場合の定額負担料（健康保険における選定療養費）を傷病労働者から徴収した場合は、1,820 円とする。

（2）削除

(3) 初診時ブラッシング料 91点

創面が異物の混入、附着等により汚染している創傷の治療に際し、生理食塩水、蒸留水等を使用して創面のブラッシングを行った場合に算定できる。

ただし、この算定は同一傷病につき1回限り（初診時）とする。

(4) 再診料 1,400円

ア 一般病床の病床数200床未満の医療機関及び一般病床の病床数200床以上の医療機関の歯科、歯科口腔外科において再診を行った場合に算定できるものとする。

イ 健保点数表（医科に限る。）の再診料の注3に該当する場合については、700円を算定できる。

ウ 歯科、歯科口腔外科の再診について、他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した場合の定額負担料（健康保険における選定療養費）を傷病労働者から徴収した場合は、1,000円とする。

(5) 再診時療養指導管理料 920円

外来患者に対する再診の際に、療養上の食事、日常生活動作、機能回復訓練及びメンタルヘルスに関する指導を行った場合にその都度算定できる。

(6) 入院基本料

入院の日から起算して2週間以内の期間 健保点数の1.30倍

上記以降の期間 健保点数の1.01倍

入院基本料の点数を、入院の日から起算して2週間以内の期間については、健保点数（入院患者の入院期間に応じ、加算する点数は含まない。）の1.30倍、それ以降の期間については、一律、健保点数の1.01倍（いずれも1点未満の端数は四捨五入する。）とする。

(7) 四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。）の傷病に係る処置等の加算

四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。）の傷病に係る次の処置等の点数は、健保点数の1.5倍として算定できる（1点未満の端数は1点に切り上げる。）。

なお、手（手関節以下）、手の指に係る次のア、イの処置及びエの手術については、健保点数の2倍として算定できる。

また、次のエの手の指に係る創傷処理（筋肉に達しないもの。）については、指1本の場合は健保点数表における創傷処理の筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満）の点数（以下この項において「基本点数」という。）の2倍とし、指2本の場合は指1本の場合の点数に基本点数を加算した点数、指3本の場合は指2本の場合の点数に基本点数を加算した点数、指4本の場合は指3本の場合の点数に基本点数を加算した点数、指5本の場合は基本点数を5倍した点数とする。

- ア 創傷処置、下肢創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、熱傷処置、重度褥瘡処置、ドレーン法及び皮膚科軟膏処置
- イ 関節穿刺、粘（滑）液嚢穿刺注入、ガングリオン穿刺術、ガングリオン圧碎法及び消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」
- ウ 絆創膏固定術、鎖骨又は肋骨骨折固定術、皮膚科光線療法、鋼線等による直達牽引（2日目以降）、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」、低出力レーザー照射
- エ 皮膚切開術、創傷処理、デブリードマン、筋骨格系・四肢・体幹手術及び神経・血管の手術
- オ リハビリテーション

(8) 手指の創傷に係る機能回復指導加算 190点

手（手関節以下）及び手の指の初期治療における機能回復指導加算として、当該部位について、健保点数表における「皮膚切開術」、「創傷処理」、「デブリードマン」及び「筋骨格系・四肢・体幹」の手術を行った場合に1回に限り所定点数にさらに190点を加算できる。

(9) 削除

(10) 削除

(11) 入院室料加算

入院室料加算は、次の①及び②の要件に該当する場合に③に定める金額を算定できるものとする。

ただし、健保点数表において特定入院料として定められている点数（救命救急入院料、特定集中治療室管理料等）の算定の対象となっている傷病労働者については、入院室料加算は算定できないものであること及び②のエの要件に該当する場合は、初回入院日から7日を限度とする。

- ① 保険外併用療養費における特別の療養環境の提供に関する基準を満たした病室で、傷病労働者の容体が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされている個室、2人部屋、3人部屋及び4人部屋に収容した場合。
- ② 傷病労働者が次の各号のいずれかに該当するものであること。
  - ア 症状が重篤であって、絶対安静を必要とし、医師又は看護師が常時監視し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。
  - イ 症状は必ずしも重篤ではないが、手術のため比較的長期にわたり医師又は看護師が常時監視を要し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。
  - ウ 医師が、医学上他の患者から隔離しなければ適切な診療ができないと認めたもの。

エ 傷病労働者が赴いた病院又は診療所の普通室が満床で、かつ、緊急に入院療養を必要とするもの。

③ 医療機関が当該病室に係る料金として表示している金額を算定することができる。

ただし、当該表示金額が次に示す額を超える場合には次に示す額とする。

|       |    |    |    |                    |               |
|-------|----|----|----|--------------------|---------------|
| 1日につき | 個  | 室  | 甲地 | <u>11,000円</u> 、乙地 | <u>9,900円</u> |
|       | 2人 | 部屋 | 甲地 | <u>5,500円</u> 、乙地  | <u>4,950円</u> |
|       | 3人 | 部屋 | 甲地 | <u>5,500円</u> 、乙地  | <u>4,950円</u> |
|       | 4人 | 部屋 | 甲地 | <u>4,400円</u> 、乙地  | <u>3,960円</u> |

(12) 削除

(13) 削除

(14) ① 消炎鎮痛等処置（「湿布処置」を除く。）、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射、介達牽引、矯正固定及び変形機械矯正術（以下「消炎鎮痛等処置等」という。）に係る点数は、負傷にあつては受傷部位ごとに、疾病にあつては1局所（上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹をそれぞれ1局所とする。）ごとに、1日につきそれぞれ健保点数を算定できる。

ただし、3部位以上又は3局所以上にわたり当該処置を施した場合は、1日につき3部位又は3局所を限度とする。

なお、消炎鎮痛等処置等と疾患別リハビリテーションを同時に行った場合は、疾患別リハビリテーションの点数と、消炎鎮痛等処置等の1部位（局所）に係る点数をそれぞれ算定できる。

② 削除

(15) 病衣貸与料 1日につき10点

入院患者に対し、医療機関が病衣を貸与した場合に算定できる。

(16) 削除

(17) 削除

(18) 療養の給付請求書取扱料 2,000円

労災保険指定医療機関等において、「療養（補償）等給付たる療養の給付請求書（告示様式第5号又は第16号の3）」を取り扱った場合（再発を除く。）に算定できる。

(19) 固定用伸縮性包帯

固定用伸縮性包帯を特定保険医療材料とする。

算定額は、実際に医療機関が購入した価格を 10 円で除し、労災診療単価を乗じた額とする。

(20) 救急医療管理加算

初診の傷病労働者について救急医療を行った場合に、次の金額を算定できる。

入院 6,900 円

入院外 1,250 円

ただし、この算定は同一傷病につき 1 回限り（初診時）とする。

なお、入院については初診に引き続き入院している場合は 7 日間を限度に算定できるものとする。

また、健保点数表における「救急医療管理加算」と重複算定することはできない。

(21) 削除

(22) リハビリテーション

ア 疾患別リハビリテーションについては、健保点数表のリハビリテーションの通則 1 にかかわらず、次の点数で算定することができるものとする。

|                          |        |       |
|--------------------------|--------|-------|
| (ア) 心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅰ) | (1 単位) | 250 点 |
| (イ) 心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅱ) | (1 単位) | 125 点 |
| (ウ) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅰ) | (1 単位) | 250 点 |
| (エ) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅱ) | (1 単位) | 200 点 |
| (オ) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅲ) | (1 単位) | 100 点 |
| (カ) 廃用症候群リハビリテーション料 (Ⅰ)  | (1 単位) | 250 点 |
| (キ) 廃用症候群リハビリテーション料 (Ⅱ)  | (1 単位) | 200 点 |
| (ク) 廃用症候群リハビリテーション料 (Ⅲ)  | (1 単位) | 100 点 |
| (ケ) 運動器リハビリテーション料 (Ⅰ)    | (1 単位) | 190 点 |
| (コ) 運動器リハビリテーション料 (Ⅱ)    | (1 単位) | 180 点 |
| (サ) 運動器リハビリテーション料 (Ⅲ)    | (1 単位) | 85 点  |
| (シ) 呼吸器リハビリテーション料 (Ⅰ)    | (1 単位) | 180 点 |
| (ス) 呼吸器リハビリテーション料 (Ⅱ)    | (1 単位) | 85 点  |

イ 疾患別リハビリテーションについては、リハビリテーションの必要性及び効果が認められるものについては、疾患別リハビリテーション料の各規定の注 1 のただし書にかかわらず、健保点数表に定める標準的算定日数を超えて算定できることとし、健保点数表の疾患別リハビリテーシ

ョン料の各規定の注4、注5及び注6（注5及び注6は脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に限る。）については、適用しないものとする。

- ウ 入院中の傷病労働者に対し、訓練室以外の病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的とした疾患別リハビリテーション料（Ⅰ）（運動器リハビリテーション料（Ⅱ）を含む。）を算定すべきリハビリテーションを行った場合又は医療機関外において、疾患別リハビリテーション料（Ⅰ）（運動器リハビリテーション（Ⅱ）を含まない。）を算定すべき訓練に関するリハビリテーションを行った場合は、ADL加算として1単位につき30点を所定点数に加算して算定できるものとする。
- エ 健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定における早期リハビリテーション加算及び初期加算については、健保点数表に準じるものとする。

### (23) 削除

### (24) 職業復帰訪問指導料

精神疾患を主たる傷病とする場合 1日につき770点

その他の疾患の場合 1日につき580点

- ア 傷病労働者（入院期間が1月を超えると見込まれる者又は入院治療を伴わず通院療養を2か月以上継続している者であって、就労が可能と医師が認める者。）が職業復帰を予定している事業場に対し、医師等（医師又は医師の指示を受けた看護職員（看護師及び准看護師。以下同じ。）、理学療法士、作業療法士及び公認心理師をいう。以下同じ。）又は医師の指示を受けたソーシャルワーカー（社会福祉士及び精神保健福祉士をいう。以下同じ。）が当該傷病労働者の同意を得て職場を訪問し、当該職場の事業主に対して、職業復帰のために必要な指導（以下「訪問指導」という。）を行い、診療録に当該指導内容の要点を記載した場合に、入院中及び通院中に合わせて3回（入院期間が6月を超えると見込まれる傷病労働者にあつては、入院中及び通院中に合わせて6回）に限り算定できるものとする。
- イ 医師等のうち異なる職種の者2人以上が共同して又は医師等がソーシャルワーカーと一緒に訪問指導を行った場合は、380点を所定点数に加算して算定できるものとする。
- ウ 精神疾患を主たる傷病とする場合にあつては、医師等に精神保健福祉士を含むものとする。
- エ 訪問指導を実施した日と同一日又は訪問指導を行った後1月以内に、医師又は医師の指示を受けた看護職員、理学療法士若しくは作業療法士が上記アの傷病労働者のうち入院中の者に対し、本人の同意を得て、職業復帰を予定している事業場において特殊な器具、設備を用いた作業を

行う職種への復職のための作業訓練又は事業場を目的地とする通勤のための移動手段の獲得訓練を行い、診療録に訪問指導の日、訓練を行った日、訓練実施時間及び訓練内容の要点を記載した場合は、訪問指導1回につき2回を限度に職業復帰訪問訓練加算として1日につき400点を所定点数に加算できるものとする。

(25) 精神科職場復帰支援加算 200点

精神科を受診中の者に、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、精神科作業療法、通院集団精神療法を実施した場合であって、当該患者のプログラムに職場復帰支援のプログラムが含まれている場合に、週に1回算定できるものとする。

(26) 石綿疾患療養管理料 225点

石綿関連疾患（肺がん、中皮腫、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚に限る。）について、診療計画に基づく受診、検査の指示又は服薬、運動、栄養、疼痛等の療養上の管理を行った場合に月2回に限り算定できるものとする。

(27) 石綿疾患労災請求指導料 450点

石綿関連疾患（肺がん、中皮腫、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚に限る。）の診断を行った上で、傷病労働者に対する石綿ばく露に関する職歴の問診を実施し、業務による石綿ばく露が疑われる場合に労災請求の勧奨を行い、現に療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書（告示様式第5号）又は療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書（告示様式第7号（1））が提出された場合に、1回に限り算定できるものとする。

(28) リハビリテーション情報提供加算 200点

健保点数表の診療情報提供料が算定される場合であって、医師又は医師の指揮管理のもと理学療法士若しくは作業療法士が作成した職場復帰に向けた労災リハビリテーション実施計画書（転院までの実施結果を付記したもの又は添付したものに限る。別紙様式7）を、傷病労働者の同意を得て添付した場合に算定できるものとする。

(29) 術中透視装置使用加算 220点

ア 「大腿骨」、「下腿骨」、「上腕骨」、「前腕骨」、「手根骨」、「中手骨」、「手の種子骨」、「指骨」、「足根骨」、「膝蓋骨」及び「足趾骨」の骨折観血的手術、骨折経皮的鋼線刺入固定術、骨折非観血的整復術、関節脱臼非観血的整復術又は関節内骨折観血的手術において、術中透視装置を使用した場合に算定できるものとする。

イ 「脊椎」の経皮的椎体形成術又は脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術において、術中透視装置を使用した場合にも算定できるものとする。

(30) 頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯  
医師の診察に基づき、頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯の使用が必要と認める場合に、実際に医療機関が購入した価格を10円で除し、労災診療単価を乗じた額を算定できるものとする。

(31) 労災電子化加算 5点

電子情報処理組織の使用による労災診療費請求又は光ディスク等を用いた労災診療費請求を行った場合、当該診療費請求内訳書1件につき5点を算定できるものとする。

(32) 職場復帰支援・療養指導料

①精神疾患を主たる傷病とする場合

|     |      |
|-----|------|
| 初回  | 900点 |
| 2回目 | 560点 |
| 3回目 | 450点 |
| 4回目 | 330点 |

②その他の疾患の場合

|     |      |
|-----|------|
| 初回  | 680点 |
| 2回目 | 420点 |
| 3回目 | 330点 |
| 4回目 | 250点 |

ア 傷病労働者（入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を2か月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者。下記イからエについて同じ。）に対し、当該労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法士、作業療法士、公認心理師若しくはソーシャルワーカーが、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管理箋（別紙様式1～4）」を当該労働者に交付し、職場復帰のために必要な説明及び指導を行った場合に月1回に限り算定できるものとする。

イ 傷病労働者の主治医が、当該労働者の同意を得て、所属事業場の産業医（主治医が当該労働者の所属事業場の産業医を兼ねている場合を除く。）に対して文書をもって情報提供した場合についても算定できる。

ウ 傷病労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法士、作業療法士、公認心理師若しくはソーシャルワーカーが、当該労働者の同意を得て、当該医療機関等に赴いた当該労働者の所属事業場の事業主と面談の上、職場復帰のために必要な説明及び指導を行い、診療録に当該指導内容の要点を記載した場合についても算定できる。

エ 上記ア～ウの算定は、同一傷病労働者につき、それぞれ4回を限度（慢



性的な疾病を主病とする者で現に就労しているものについては、医師が必要と認める期間)とする。

オ 傷病労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法士、作業療法士若しくはソーシャルワーカーが、傷病労働者の勤務する事業場の事業主等又は産業医から、文書又は口頭で、療養と就労の両方を継続するために治療上望ましい配慮等について、助言を得て、医師が治療計画の再評価を実施し、必要に応じ治療計画の変更を行うとともに、傷病労働者に対し、治療計画変更の必要性の有無や具体的な変更内容等について説明を行った場合に、1回につき600点を加算できるものとする。

### ③新興感染症（新型コロナウイルス感染症）罹患後症状の場合

初回 600点

2回目 500点

ア 傷病労働者（入院治療後罹患後症状の治療のための通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は就労が可能と医師が認める者で、入院治療を伴わず罹患後症状のため初回受診後1か月以上の通院療養が見込まれる者。下記イ及びウについて同じ。）に対し、当該労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法士、作業療法士、公認心理師若しくはソーシャルワーカーが、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管理箋（別紙様式5、6）」を当該労働者に交付し、職場復帰のために必要な説明及び指導を行った場合に月1回に限り算定できるものとする。

イ 上記①及び②のイ、ウ及びオについては、上記③においても算定できる。

ウ 上記③のア及びイの算定は、同一傷病労働者につき、2回を限度とする。

### (33) 社会復帰支援指導料 130点

3か月以上の療養を行っている傷病労働者に対して、治ゆが見込まれる時期及び治ゆ後における日常生活（就労を含む。）上の注意事項等について、医師が指導を行い、診療費請求内訳書の摘要欄に、指導年月日及び治ゆが見込まれる時期を記載した場合に、同一傷病労働者につき、1回に限り算定できるものとする。

当該指導は、別紙様式8の指導項目に基づいて行うこととし、算定にあたっては、別紙様式8に必要な事項を記載して診療録に添付することとする。

### (34) コンピューター断層診断の特例 225点

他の医療機関でコンピューター断層撮影を実施した画像について、再診時に診断した場合に、月1回算定できるものとする。

- 2 前記1の労災診療単価は、12円とする。ただし、以下に係るものについては、11円50銭とする。
  - (1) 国及び法人税法（昭和40年3月31日法律第34号）第2条第5号に規定する公共法人
  - (2) 法人税法第2条第6号に規定する公益法人等であつて、法人税法施行令（昭和40年3月31日政令第97号）第5条第29号に掲げる医療保健業を行うもの
- 3 指定薬局に係る療養の給付に要する費用の算定は、前記1の厚生労働省告示別表第三調剤報酬点数表に基づき行うものとする。
- 4 入院時の食事に係る療養の給付に要する費用については、平成18年3月6日厚生労働省告示第99号別表食事療養及び生活療養の費用額算定表の第一食事療養に定める金額の1.2倍により算定するものとする。  
なお、10円未満の端数については四捨五入すること。
- 5 指定訪問看護事業者に係る療養の給付に要する費用については、平成20年3月5日厚生労働省告示第67号（最終改正：令和4年3月4日）別表訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法により算定するものとする。
- 6 法の規定による療養の費用を支給する場合の支給限度額の算定は、以上の取扱いに準じて行うものとする。
- 7 健保点数に労災診療単価を乗じて算定している項目については、改正後の健保点数により算定するものとする。  
なお、薬価基準による算定についても、改正後の薬価基準によるので留意すること。
- 8 入院室料加算の地域区分の甲地とは、一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3に基づく人事院規則9-49（地域手当）により支給区分が1級地から5級地とされる地域及び当該地域に準じる地域（令和4年3月4日付け保医発0304第2号「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添3第8の別紙1の人事院規則で定める地域に準じる地域のうち3級地から5級地）をいい、入院室料加算の地域区分の乙地とは、甲地以外の地域をいう。
- 9 削除

### 指導管理箋<第 回目>

労働者災害補償保険

|               |       |              |               |               |
|---------------|-------|--------------|---------------|---------------|
| 氏名            |       | 生年月日         | 年 月 日         | 男・女           |
| 負傷又は<br>発病年月日 | 年 月 日 | 傷病名          |               |               |
| 休業前の<br>職種    |       | 〔深夜勤<br>有・無〕 | 復帰を希望<br>する職種 | 原職・事務職・その他( ) |

#### 就労に当たって必要な指導事項

- 職務内容変更の必要性  
①あり(理由: ) ②なし
- 作業制限の必要性(職務内容変更ありの場合、作業制限の有無)  
①軽作業可 ②一般事務可 ③肉体労働の制限 ④普通勤務可 ⑤その他( )  
〔 ①～③の場合その期間(推定) 〕  
年 月 頃まで
- 勤務時間調整の必要性  
①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし  
\*②なしの場合、時間外勤務調整の必要性  
①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし ③深夜勤不可
- 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性  
①あり(制限( )・禁止) ②なし
- 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性  
①あり( ) ②なし
- 対人業務の制限の必要性  
①あり( ) ②なし
- その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について  
(例:職責の大きさ、労働密度、職場での人間関係)  
〔 〕

#### 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項

- 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項  
〔 〕
- 今後の療養の予定  
月に 回程度の診療予定

上記内容を確認しました。  
年 月 日  
本人署名 \_\_\_\_\_

上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。

年 月 日  
所在地 \_\_\_\_\_  
病院又は \_\_\_\_\_  
名称 \_\_\_\_\_  
診療所の \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_

(注) ①この指導管理箋は、入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を2か月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者に対し、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載するものです。  
②被災労働者の方は、事業場に対して医師から受けた指導事項を説明する際にこの指導管理箋をお使いください。  
③事業場の方は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。

| 労働者災害補償保険  |             | 指導管理箋(産業医提出用) < 第 回目 > |               |     |
|--|-------------|------------------------|---------------|-----|
| 氏名   |             | 生年月日                   | 年 月 日         | 男・女 |
| 休業前の職種   | 〔深夜勤有・無〕    | 復帰を希望する職種              | 原職・事務職・その他( ) |     |
| 病名   | (1. ) (2. ) |                        |               |     |
| 発症(受傷)年月日 ( 年 月 日・不明 ) 初診年月日 ( 年 月 日 )   |             |                        |               |     |
| <input type="checkbox"/> 初診時症状 ( ※第2回目以降は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。) )<br><input type="checkbox"/> 前回指導時症状 |             |                        |               |     |
| 入院 ( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 )   |             |                        |               |     |
| 通院 ( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 )   |             |                        |               |     |
| 病状経過 ( ①不変・②改善傾向・③軽快・④寛解・⑤その他( ) )   |             |                        |               |     |
| 現在の症状 ( )  |             |                        |               |     |
| 現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項   |             |                        |               |     |
| 今後の治療予定 ( ①入院・②入院及び通院・③通院・④治療不要 )  |             |                        |               |     |
| 入院 ( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 )   |             |                        |               |     |
| 通院 ( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 ) 1月に 回数程度  |             |                        |               |     |
| 症状固定の見込み 年 月頃  |             |                        |               |     |
| 就労に当たって勤務内容に対する意見  |             |                        |               |     |
| 1 勤務可能(条件なし)   |             |                        |               |     |
| 2 勤務可能(条件あり) [ 条件のある期間 年 月頃まで ]  |             |                        |               |     |
| ア 職務内容の変更 不要・要   |             |                        |               |     |
| イ 作業内容の制限 不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他( ) )  |             |                        |               |     |
| ウ 時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項: )   |             |                        |               |     |
| エ 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減 不要・要(特記事項: )   |             |                        |               |     |
| オ 自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限 不要・要(特記事項: )   |             |                        |               |     |
| カ 対人業務の制限 不要・要(特記事項: )   |             |                        |               |     |
| キ その他勤務内容に対する意見(例:職責の大きさ、労働密度、職場での人間関係) ( )  |             |                        |               |     |
| 就労に当たって必要な職場での留意点  |             |                        |               |     |
| 上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。   |             |                        |               |     |
| 年 月 日  |             |                        |               |     |
| 本人署名 _____   |             |                        |               |     |
| 上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。  |             |                        |               |     |
| 年 月 日  |             |                        |               |     |
| 所在地 _____  |             |                        |               |     |
| 病院又は _____   |             |                        |               |     |
| 名称 _____   |             |                        |               |     |
| 診療所の _____   |             |                        |               |     |
| 医師名 _____  |             |                        |               |     |
| (注) 産業医(事業場の方)は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。   |             |                        |               |     |

|   |       |                          |               |               |   |     |
|---|-------|--------------------------|---------------|---------------|---|-----|
| 労働者災害補償保険   |       | <b>指導管理箋&lt;第 回目&gt;</b> |               |               |   |     |
| 氏名  |       | 生年月日                     | 年             | 月             | 日 | 男・女 |
| 負傷又は<br>発病年月日   | 年 月 日 | 傷病名                      |               |               |   |     |
| 休業前の<br>職種  |       | 〔深夜勤<br>有・無〕             | 復帰を希望<br>する職種 | 原職・事務職・その他( ) |   |     |
| <b>就労に当たって必要な指導事項</b>   |       |                          |               |               |   |     |
| 1 職務内容変更の必要性<br>①あり(理由: ) ②なし<br>2 作業制限の必要性(職務内容変更ありの場合、作業制限の有無)<br>①軽作業可 ②一般事務可 ③肉体労働のみ制限 ④普通勤務可 ⑤その他( )<br>〔 ①～③の場合その期間(推定) 〕<br>年 月 頃まで<br>3 勤務時間調整の必要性<br>①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし<br>*②なしの場合、時間外勤務調整の必要性<br>①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし ③深夜勤不可<br>4 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性<br>①あり(制限( )・禁止) ②なし<br>5 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性<br>①あり( ) ②なし<br>6 その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について<br>〔 〕 |       |                          |               |               |   |     |
| <b>就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項</b>  |       |                          |               |               |   |     |
| 1 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項<br>〔 〕<br>2 今後の療養の予定<br>月に 回程度の診療予定   |       |                          |               |               |   |     |
| 上記内容を確認しました。<br>年 月 日<br>本人署名 _____   |       |                          |               |               |   |     |
| 上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。<br>年 月 日<br>所在地 _____<br>病院又は _____<br>名称 _____<br>診療所の _____<br>医師名 _____  |       |                          |               |               |   |     |
| (注) ①この指導管理箋は、入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を2か月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者に対し、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載するものです。<br>②被災労働者の方は、事業場に対して医師から受けた指導事項を説明する際にこの指導管理箋をお使いください。<br>③事業場の方は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。   |       |                          |               |               |   |     |

| 労働者災害補償保険 指導管理箋(産業医提出用) < 第 回目 >   |             |  |               |               |
|--|-------------|--|---------------|---------------|
| 氏名   |             | 生年月日   | 年 月 日         | 男・女           |
| 休業前の<br>職種   |             | <input type="checkbox"/> 深夜勤<br><input type="checkbox"/> 有・無 | 復帰を希望<br>する職種 | 原職・事務職・その他( ) |
| 病名   | (1. ) (2. ) |  |               |               |
| 発症(受傷)年月日 ( 年 月 日・不明 ) 初診年月日 ( 年 月 日 )   |             |  |               |               |
| <input type="checkbox"/> 初診時症状<br><input type="checkbox"/> 前回指導時<br>症状<br><small>※第2回目以降は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。)</small> |             |  |               |               |
| 入院 ( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 )   |             |  |               |               |
| 通院 ( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 )   |             |  |               |               |
| 病状経過 ( ①不変・②改善傾向・③軽快・④寛解・⑤その他( ) )   |             |  |               |               |
| 現在の症状 ( )  |             |  |               |               |
| 現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項   |             |  |               |               |
| 今後の治療予定 ( ①入院・②入院及び通院・③通院・④治療不要 )  |             |  |               |               |
| 入院 ( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 )   |             |  |               |               |
| 通院 ( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 ) 1月に 回程度   |             |  |               |               |
| 症状固定の見込み 年 月頃  |             |  |               |               |
| 就労に当たって勤務内容に対する意見  |             |  |               |               |
| 1 勤務可能(条件なし)   |             |  |               |               |
| 2 勤務可能(条件あり) [ 条件のある期間 年 月頃まで ]  |             |  |               |               |
| ア 職務内容の変更 不要・要   |             |  |               |               |
| イ 作業内容の制限<br>不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他( ))  |             |  |               |               |
| ウ 時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項: )   |             |  |               |               |
| エ 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減<br>不要・要(特記事項: )  |             |  |               |               |
| オ 自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限<br>不要・要(特記事項: )  |             |  |               |               |
| カ その他勤務内容に対する意見<br>( )   |             |  |               |               |
| 就労に当たって必要な職場での留意点  |             |  |               |               |
| 上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。   |             |  |               |               |
| 年 月 日 本人署名   |             |  |               |               |
| 上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。  |             |  |               |               |
| 年 月 日 所在地  |             |  |               |               |
| 病院又は 名称  |             |  |               |               |
| 診療所の 医師名   |             |  |               |               |
| (注) 産業医(事業場の方)は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。   |             |  |               |               |

| 労働者災害補償保険  |                     | 指導管理箋<第 回目> |           |               |
|--|---------------------|-------------|-----------|---------------|
| 氏名   |                     | 生年月日        | 年 月 日     | 男・女           |
| 罹患後症状の発病年月日  | 年 月 日               | 傷病名         |           |               |
| 休業前の職種   | ※事務職、自動車の運転手、建設作業員等 | 〔深夜勤有・無〕    | 復帰を希望する職種 | 原職・事務職・その他( ) |
| 就労に当たって必要な指導事項   |                     |             |           |               |
| <input type="checkbox"/> 初診時症状<br><input type="checkbox"/> 前回指導時症状<br><input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸痛<br><input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 動悸<br><input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他( )<br><small>※第2回目は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。)</small> |                     |             |           |               |
| ※ 新興感染症(新型コロナウイルス感染症)に対する治療について<br><input type="checkbox"/> 入院 ( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 )<br><input type="checkbox"/> 自宅・宿泊療養 ( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 )<br><input type="checkbox"/> 通院 ( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 )  |                     |             |           |               |
| 現在の症状<br><input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸痛<br><input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 動悸<br><input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他( )  |                     |             |           |               |
| 治療の予定<br>(例:入院・自宅療養・通院の必要性、今後のスケジュール(半年間、月1回の通院が必要等)、治癒見込み等)   |                     |             |           |               |
| 復帰(就労継続)に関する意見<br><input type="checkbox"/> 可 (職務への健康への悪影響は見込まれない)<br><input type="checkbox"/> 条件付きで可 (就労上の措置があれば可)   |                     |             |           |               |
| 就労に当たって配慮した方がよい措置(業務内容)、留意点等<br>(例:重たいものを持たない、暑い場所での作業は避ける、残業を避ける、通院時間を確保する、休憩場所を確保する等)  |                     |             |           |               |
| 上記の措置期間 年 月 日 ~ 年 月 日  |                     |             |           |               |
| 上記内容を確認しました。 年 月 日 本人署名 _____  |                     |             |           |               |
| 上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。<br>年 月 日 所在地 _____<br>病院又は診療所の名称 _____<br>医師名 _____  |                     |             |           |               |
| (注)<br>①この指導管理箋は、入院治療後罹患後症状の治療のための通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は就労が可能と医師が認める者で、入院治療を伴わず罹患後症状のため初回受診後1か月以上の通院療養が見込まれる者に対し、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載するものです。<br>②被災労働者の方は、事業場に対して医師から受けた指導事項を説明する際にこの指導管理箋をお使いください。<br>③事業場の方は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。   |                     |             |           |               |

労働者災害補償保険 指導管理箋(産業医提出用) <第 回目>

|        |                              |           |               |     |
|--------|------------------------------|-----------|---------------|-----|
| 氏名     |                              | 生年月日      | 年 月 日         | 男・女 |
| 休業前の職種 | ※事務職、自動車の運転手、建設作業員等 (深夜勤有・無) | 復帰を希望する職種 | 原職・事務職・その他( ) |     |
| 病名     | (1. ) (2. )                  |           |               |     |

※ 罹患後症状に対する治療について

発症年月日 ( 年 月 日・不明 ) 初診年月日 ( 年 月 日 )

初診時症状 (  倦怠感  関節痛  筋肉痛  咳  喀痰  息切れ  胸痛 )  
 前回指導時症状 (  記憶障害  集中力低下  不眠  頭痛  抑うつ  嗅覚障害  動悸 )  
 味覚障害  下痢  腹痛  その他( )

※第2回目は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。)

※ 新興感染症(新型コロナウイルス感染症)に対する治療について

入院 ( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 )  
 自宅・宿泊療養 ( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 )  
 通院 ( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 )

現在の症状 (  倦怠感  関節痛  筋肉痛  咳  喀痰  息切れ  胸痛 )  
 記憶障害  集中力低下  不眠  頭痛  抑うつ  嗅覚障害  動悸 )  
 味覚障害  下痢  腹痛  その他( ) )

治療の予定  
(例:入院・自宅療養・通院の必要性、今後のスケジュール(半年間、月1回の通院が必要等)、治癒見込み等)

復帰(就労継続)に関する意見

可 (職務への健康への悪影響は見込まれない)  
 条件付きで可 (就労上の措置があれば可)

就労に当たって配慮した方がよい措置(業務内容)、留意点等  
(例:重たいものを持たない、暑い場所での作業は避ける、残業を避ける、通院時間を確保する、休憩場所を確保する等)

上記の措置期間

年 月 日 ~ 年 月 日

上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。

年 月 日

本人署名 \_\_\_\_\_

上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。

年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

病院又は診療所の名称 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

(注) 産業医(事業場の方)は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。



労災リハビリテーション実施計画書

|              |     |                               |         |   |   |   |
|--------------|-----|-------------------------------|---------|---|---|---|
| 患者氏名         | 男・女 | 年生 ( 歳)                       | 計画評価実施日 | 年 | 月 | 日 |
| リハ担当医        | PT  | OT                            | ST      |   |   |   |
| 原因疾患(発症・受傷日) |     | 合併疾患・コントロール状態(高血圧, 心疾患, 糖尿病等) |         |   |   |   |

評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)

|         |   |   |
|---------|---|---|
| 心身機能・構造 | <input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9: )<br><input type="checkbox"/> 認知症:<br><input type="checkbox"/> 中枢性麻痺<br>(ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢:<br>左上肢: 左手指: 左下肢:<br><input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT: )   | <input type="checkbox"/> 失行・失認:<br><input type="checkbox"/> 音声・発話障害( <input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症:種類 )<br><input type="checkbox"/> 摂食機能障害:<br><input type="checkbox"/> 排泄機能障害:<br><input type="checkbox"/> 拘縮:<br><input type="checkbox"/> 褥瘡:<br><input type="checkbox"/> 起立性低血圧: |
|         | 基本動作<br>立位保持(装具: ) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可<br>平行棒内歩行(装具: ) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施<br>訓練室内歩行(装具: ) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施 |   |

| 自立度<br>ADL・ASL等 | 日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」  |    |      |     |     | 訓練時能力:「できる“活動”」 |    |      |     |     |                                  |
|-----------------|--|----|------|-----|-----|-----------------|----|------|-----|-----|----------------------------------|
|                 | 自立   | 監視 | 一部介助 | 全介助 | 非実施 | 自立              | 監視 | 一部介助 | 全介助 | 非実施 | 使用用具・装具<br>姿勢・実行場所<br>等<br>介助内容等 |
| 屋外歩行            |  |    |      |     |     |                 |    |      |     |     |                                  |
| 病棟トイレへの歩行       |  |    |      |     |     |                 |    |      |     |     |                                  |
| 病棟トイレへの車椅子駆動    |  |    |      |     |     |                 |    |      |     |     |                                  |
| 車椅子・ベッド間移乗      |  |    |      |     |     |                 |    |      |     |     |                                  |
| 椅子座位保持          |  |    |      |     |     |                 |    |      |     |     |                                  |
| ベッド起き上がり        |  |    |      |     |     |                 |    |      |     |     |                                  |
| 排尿(昼)           |  |    |      |     |     |                 |    |      |     |     |                                  |
| 排尿(夜)           |  |    |      |     |     |                 |    |      |     |     |                                  |
| 食事              |  |    |      |     |     |                 |    |      |     |     |                                  |
| 整容              |  |    |      |     |     |                 |    |      |     |     |                                  |
| 更衣              |  |    |      |     |     |                 |    |      |     |     |                                  |
| 装具・靴の着脱         |  |    |      |     |     |                 |    |      |     |     |                                  |
| 入浴              |  |    |      |     |     |                 |    |      |     |     |                                  |
| コミュニケーション       |  |    |      |     |     |                 |    |      |     |     |                                  |
| 活動度             | 日中臥床: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(時間帯: 理由 )<br>日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子, <input type="checkbox"/> 車椅子, <input type="checkbox"/> ベッド上, <input type="checkbox"/> キャッチアップ |    |      |     |     |                 |    |      |     |     |                                  |

|    |  |                         |
|----|--|-------------------------|
| 参加 | 職業( <input type="checkbox"/> 無職, <input type="checkbox"/> 病欠中, <input type="checkbox"/> 休職中, <input type="checkbox"/> 発症後退職, <input type="checkbox"/> 退職予定)<br>これまでの職種・業種・仕事内容:<br>これまでの通勤方法:<br>復職希望 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> その他:<br>経済状況: | 社会参加(内容・頻度等, 発症前状況を含む。) |
|----|--|-------------------------|

|    |   |       |
|----|---|-------|
| 目標 | 復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他:<br>仕事内容の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:<br>通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:<br>職場復帰に向けた目標: | 本人の希望 |
|    |   | 家族の希望 |

|    |                   |
|----|-------------------|
| 方針 | リハビリテーション終了の目安・時期 |
|----|-------------------|

具体的アプローチ

|           |   |   |   |       |       |        |
|-----------|---|---|---|-------|-------|--------|
| 本人・家族への説明 | 年 | 月 | 日 | 本人サイン | 家族サイン | 説明者サイン |
|-----------|---|---|---|-------|-------|--------|

(記入上の留意点)

- 「評価項目・内容」の「参加」欄の「これまでの職種・業種・仕事内容」、「これまでの通勤方法」、「復職希望」を記入すること。
- 「目標」欄には、傷病労働者のこれまでの仕事内容、これまでの通勤方法、復職希望等を踏まえ、仕事内容及び通勤方法の変更の必要性を判断し、「職場復帰に向けた目標」を設定の上、記入すること。
- 「具体的アプローチ」欄には、傷病労働者の「職場復帰に向けた目標」を踏まえ、業務内容・通勤方法等を考慮したアプローチ(キーボードの打鍵やバスへの乗車等)を記入すること。

## 早期社会復帰のための指導項目

氏名 \_\_\_\_\_

|               |             |
|---------------|-------------|
| 発症(負傷)<br>年月日 | 年    月    日 |
| 治ゆ見込み<br>年月日  | 年    月    日 |

○職場(業務)や日常生活において注意する点(指導した項目に☑を入れること)

### 【全般】

- 傷病の状態が安定するまでは、無理に動かさないこと
- 受傷部位を意識しすぎて他の部位に負担をかけないこと
- 受傷部位を徐々に動かして、可動範囲を広げるように努めること
- 重いものを持つときは注意すること
- 休憩時間のストレッチなど一定の姿勢をとり続けられないように心がけること
- 無理な姿勢をとらないようにすること
- 車の運転は避けたほうがよい
- 睡眠時間をしっかりとること
- その他注意すべきこと(具体的に記載する)

### 【職場】

- 長時間の残業は避けること
- 長期の出張や海外出張は避けること
- その他注意すべきこと(具体的に記載する)

### 【日常生活】

- 定期的に自分で脈拍のチェックをすること
- 適度な運動を実施するように心がけること
- 当面の間は、激しい運動は避けること (概ね\_\_月間)
- 食事の内容、摂取量について注意すること
- 患部の保温に努めること
- その他注意すべきこと(具体的に記載する)

### 【その他】

- 治ゆ後、労働局にアフターケア制度の相談をすること(該当者のみ)
- その他注意すべきこと(具体的に記載する)

現状どおりの生活で問題がないと指導した  
(該当する場合のみ☑)

指導日                    年    月    日

医師名 \_\_\_\_\_