

個人に関する詳細事項

個人識別コード
年齢
氏名
患者の母国語
診察時に患者が使用する言語

患者の健康状態に関する認識

- ☐ 私は、...以降の患者の病歴を熟知しています。
- ☐ 私は、（日付）からの患者の診療録を見てきました。
- ☐ 私は、患者の過去の健康状態を熟知していません。
- ☐ 私の医療報告書はオンライン診療に基づいています。オンライン診療はどこでどのように行われましたか。

オンライン診療の際、患者の本人確認はどのように行われましたか。

医療診断書の目的

どのような目的で医療診断書が発行されていますか。

医療に関する明細事項

診断結果

医療診断書の目的に関連している現在の主な診断結果を重要度の高い順に記載してください。

ICD コード ICD テキスト記述

予備情報

診断された病気の初期段階、発症及び症状

- 診断結果の根拠
- 日付を含むこれまでの診察及び検査結果の概要
- これまでの治療及びリハビリテーションとその効果
- 現在の症状
- 患者の健康状態に多大な影響を及ぼしている生活様式及び生活環境

投薬

これまでの投薬及び治療反応

現在の投薬

患者が服用している処方箋医薬品、医療用栄養製品及びその他の製品（名称、強さ、服用量）

現在の状態

医師が行った診察

診察日

患者の現在の状態についての記述は、以下の診察期間を対象としています。

患者の現在の健康状態の観察及び診断書の目的に必要な程度広範に記述された重要所見

記述の際に考慮する事柄。例として

- 歩行、手足の機能、関節の動きの範囲、筋力
- 感覚機能
- 記憶機能、適応機能及びその他の認知機能
- 心理状態（例、情緒、現実感）
- 医院でのコミュニケーション及び行動
- 疾病認知及び患者の服薬順守

現在の診察及び検査結果

診察時期又は診察期間に関して、次の概要を示すこと。

- 臨床検査、画像検査、臨床生理学的検査の結果
- 症状、機能及び作業能力検査の結果

身長 cm

体重 kg

ボディマス指数（BMI）

機能状態

患者の機能状態は病気、怪我又は障害により低下してきましたか。

- ☐ いいえ
- ☐ 現時点では評価できません。その理由を記載してください。
- ☐ はい

患者の機能状態の総括的評価：病気及び実際上の困難により日常生活で受ける制約、機能状態強化要因、現行の制約にもかかわらず患者が管理できる活動

患者は病気、障害又は怪我を理由に補助器具を使用していますか。

- ☐ いいえ
- ☐ はい。明記してください。

患者は病気、障害又は怪我を理由に、他者の援助、指導又は監督を必要としていますか。

- ☐ いいえ
- ☐ はい。明記してください。

患者の機能状態を治療及びリハビリテーションにより改善することはできますか。

- ☐ いいえ。適切な理由を記載してください。
- ☐ 現時点では評価できません。その理由を記載してください。
- ☐ はい。

治療及びリハビリテーション後の患者の機能状態の予後を記載してください。

診察及び治療計画

計画に含まれる事柄、目標及びスケジュール、治療責任者についての具体的な詳細を記載してください。

例として、

- 臨床検査、画像検査及び臨床生理学的検査
- 外科的治療、心理療法
- 投薬
- 治療を介して得られる結果の評価
- フォローアップ

作業能力及びリハビリテーション

患者の現在の職業及び雇用主

職業

現在の仕事

雇用主

患者の作業能力又は学習能力に関連した重要な背景要因

学歴及び職歴

教育に関する現在の状況

現在の雇用状況

その他の要因が作業・学習要求の処理能力に及ぼす影響

作業能力の医学的評価

医学的評価において、作業能力とは作業又は学習要求に関連した患者の機能的能力を指しています。学生の作業能力とは学習能力と同義です。

患者の作業能力の評価に関連している作業の種類を記載してください。

病気、障害又は怪我により患者の作業能力が低下してきましたか。

- ☐ いいえ。適切な理由を記載してください。
- ☐ 現時点では評価できません。その理由を記載してください。
- ☐ はい。

病気を理由とする機能的制約により、患者の作業や学習にどのような実際上の困難がもたらされますか。

患者の作業能力を医学的リハビリテーション又は職業リハビリテーションにより改善することはできますか。

- ☐ いいえ。詳細を説明してください。
- ☐ 現時点では評価できません。その理由を記載してください。
- ☐ はい

医学的リハビリテーション

患者は医学的リハビリテーションを必要としていますか。

- ☐ いいえ
- ☐ 現時点では評価できません。その理由を記載してください。
- ☐ はい。

医学的リハビリテーションの具体的な目的

医学的リハビリテーション計画、形態案及びリハビリテーションのスケジュール

医学的リハビリテーション及び適切なリハビリテーションサービスの提供者

リハビリ的心理療法

患者の作業能力及び/又は学習能力は、精神障害によるリスクを抱えていますか。

- ☐ いいえ
- ☐ はい

患者は精神障害と診断された後、適切な治療を受けてきましたか。

- ☐ いいえ
- ☐ はい。 ...以降治療を受けています。

利用可能な治療及びリハビリテーション形態が不十分なのはなぜですか。

リハビリ的心理療法の具体的な目的

心理療法は計画に従って進んできましたか。

- ☐ いいえ。どのような問題があるのか記載してください。
- ☐ はい

目的を含むリハビリ的心理療法を継続すべき理由

治療形態案。特定の治療形態を提案している理由を説明してください。

週ごとの受診回数：

年ごとの受診回数：

セラピストに関する詳細事項：

リハビリ的心理療法実施時に患者の治療に対して責任を負う医療部門又は医師：

職業リハビリテーション

患者は職業リハビリテーションを必要としていますか。

- ☐ いいえ。適切な理由を記載してください。
- ☐ 現時点では評価できません。その理由を記載してください。
- ☐ はい。

職業リハビリテーションの具体的な目的

職業リハビリテーション計画、形態案及びリハビリテーションのスケジュール

患者の健康状態及び環境全体を考慮した、職業リハビリテーション計画の適切性の評価

患者に適した職業リハビリテーション及びリハビリテーションサービスの推奨提供者

☐ 認定年金機関

☐ ジョブ・トライアウト又はジョブ・コーチング

ジョブ・トライアウト又はジョブ・コーチングで対処すべき問題：

☐ 教育又は訓練コース

教育又は訓練コースで対処すべき問題

残存作業能力の評価

患者はどのような仕事をフルタイム又はパートタイムで行うことができますか。

残存作業能力についての詳細

患者の仕事の継続又は職場復帰の見通し、職場復帰予定日及び必要な対症療法の評価

作業能力に関する結論

☐ 患者の作業能力についてのコメントは差し控えます。

私の判断では、患者は：

☐ 以下の仕事に対して不適格

- ☐ 患者自身の仕事又はそれに密接に関連している仕事
- ☐ 全ての仕事

次の期間（あなたの評価を踏まえて、患者の障害の開始日及び終了日を記載してください。）

...から開始（障害が恒久的であると評価した場合、患者の障害の（終了日ではなく）開始日のみ記載してください。）

☐ 仕事に対して一部不適格

次の期間（あなたの評価を踏まえて、患者の障害の開始日及び終了日を記載してください。）

...から開始（障害が恒久的であると評価した場合、患者の障害の（終了日ではなく）開始日のみ記載してください。）

☐ 仕事に対して適格

関係書類

☐ この医療報告書には関係書類があります。関係書類は追って郵送されます。
患者名及びフィンランド個人識別コードが同封物に記載されていることを確認してください。

署名

私は、上記の情報が真実かつ正確であることを宣言します。

日付

医師名

識別番号

診療科

専門分野の訓練を受けた医師の診療科

医師の勤務先

勤務先電話番号

担当医療機関

場所