

III. MEDICAL ADVISORY / 医療上の意見	
Based on the examination carried out on (Y/M/D 年/月/日) 判断基準とした診断日 (/ /)	
Medical background 病歴	
Main complaints 主な症状	
Pertinent Physical Examination (PE) Findings and Diagnosis 適切な身体検査 (PE) の所見と診断	
Ongoing treatment 現在受けている治療	
Socio-professional background 社会的活動及び職業活動の経歴	
Is the person concerned currently engaged in a professional activity? / 該当者は職業活動を実際に行っていますか <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Type of activity / 活動の種類: _____ Number of hours / 時間数: _____	
<input type="checkbox"/> Work accident 労災 <input type="checkbox"/> Occupational disease 職業病 <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Type of activity lastly carried out / 最後に行った活動の種類	
Incapacity of work / 就労不能 <input type="checkbox"/> Since その状態になった日 (Y/M/D 年/月/日) (/ /)	
Work stoppage / 休職 <input type="checkbox"/> Since その状態になった日 (Y/M/D 年/月/日) (/ /)	
Invalidity, for the last activity, is / 最後に行った活動に対する障害 <input type="checkbox"/> total 全体 <input type="checkbox"/> partial 部分的 If partial, please specify the level of disability 部分的な場合の障害の程度を記入してください	
The invalidity / 記載された障害の状態 <input type="checkbox"/> is permanent since (/ /) 以来恒常的 <input type="checkbox"/> is temporary from (/ /) から to (/ /) まで一時的	
Is an improvement in the health status of the person concerned possible? / 該当者の健康状態の改善は可能ですか <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> No answer 回答なし	
Is a re-examination necessary? / 再診察が必要ですか <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Date of medical examination 診察日 (Y/M/D 年/月/日) (/ /)	Signature / 医師の署名 Stamp / 印