

診 断 書

患 者	住所：	
	氏名：	
病 名		
病 状		
稼働能力の有無		
就床・安静 子どもの保育	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> できない
今後の治癒見込期間		
<input type="checkbox"/> 入院	年 月 日～	年 月 日まで
<input type="checkbox"/> 通院	年 月 日～	年 月 日まで
<input type="checkbox"/> 本日から	<input type="checkbox"/> 3ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 6ヶ月程度 年 月 日まで
<input type="checkbox"/> 1年以上	<input type="checkbox"/> 治癒・寛解の見込みなし	日まで
以前から保育できない場合	年 月 日から	
上記のとおり診断します。		年 月 日
(あて先) おいらせ町長 殿		
医療機関名		
担当医師名		Ⓔ