

負傷・疾病により就労が困難な方用

(様式9)

診 断 書

患者氏名

住 所

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

病 名

<病 状>

※ 以下のうち該当する番号を○印で囲んで下さい。

- 1 今後、概ね1か月以上の期間、入院加療が必要である。
- 2 今後、概ね1か月以上の期間、在宅で安静が必要である。

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関所在地
医 療 機 関 名
医 師 名

※病状と上記の1及び2の内容が記載されていれば、各病院の様式でも構いません。