診　　　　断　　　　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被災職員 | 住　所 |  |
| 氏　名 | （生年月日　　　 　　年 　　月 　　日） |
| 初　診　日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 傷　病　名 |  |
| 上記傷病に関係のある既往歴 |  |
| 原　　　因主　　　訴 |  |
| できるだけ詳細に記入してください。検査結果、臨床所見など |  |
| 現　　　症及び |  |
| 療養の見込み | 　　　　　　年　　　月　　　日から約　　　　日間の療養を要する見込み |
| 　入院の要否　　　　□　要　（　　　　日間）　　　　□　否 |
| 　　上記のとおり診断します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　名　称　　　　　〔医療機関〕　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※ 自署又は記名押印） |