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） | | |