

- 原則としてこの様式で作成してもらい、原本を提出してください。
○ 既に各医療機関様式で診断書を作成している場合には、基金の診断書の項目が入っていれば、利用可能です。

地方公務員災害補償

診 断 書

被災 職員	住 所	〇〇市〇〇町〇〇番地
	氏 名	広 島 太 郎 (生年月日 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日)
初 診 日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
傷 病 名	右足関節捻挫	
上記傷病に関係 のある既往歴	なし	
原 因 主 訴	トラックから降りた時、木材を踏んで右足を捻挫 右足首痛	
検査結果、臨床 所見など (できるだけ詳細 に記入してくだ さい。)	右足レントゲン検査の結果、骨には異常なし。	
現 症 及 び 症 状 経 過	湿布し、弾力包帯で固定し、安静加療を要す。	
療養の見込み	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から約 7 日間の療養を要する見込み	
	入院の要否	<input type="checkbox"/> 要 (日間) <input checked="" type="checkbox"/> 否
上記のとおり診断します。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地 名 称 B病院 〔医療機関〕 電 話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 医師名 〇〇 〇〇 (※ 自署又は記名押印)		