診　　断　　書

患　者	住所：
	氏名：

≪病　名≫

≪病　状≫

≪患者の稼働能力の有無≫

※ ①・②のそれぞれについてチェックをお願いします。

①　子どもの保育　　□必要　　□必要としない

②　就 床 ・ 安静　　□できる　　□できない

≪今後の治癒見込期間≫

※ いずれかにチェックし、期間の記入をお願いします。

□入院　　年　　月　　日　から　　年　　月　　日まで

□通院　　年　　月　　日　から　　年　　月　　日まで

□本日から　□３か月程度　□６か月程度　□１年以上　□治癒・寛解見込なし

□上記以外　⇒　　年　　月　　日まで

以前から保育ができない場合　⇒　　年　　月　　日から

上記のとおり診断します。

年　　月　　日

（あて先）　六戸町長　殿

医療機関　所在地

名　称

担当医師名　　印