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 |