

診 断 書

傷 病 者	所 属					
	住 所					
	氏 名	(昭和・平成 年 月 日生 男・女)				
傷 病 名						
傷 病 の 程 度 等	初 診	年	月	日 ()	早朝・午前・午後・夜・深夜	
	治療見込	年	月	日から	年 月 日まで	日間
	休業見込	年	月	日から	年 月 日まで	日間
	入院見込	年	月	日から	年 月 日まで	日間
	傷病の概要（検査結果、臨床所見等を含め、詳細に記入してください。）					
<p>※腰部及び頸部にかかる傷病については、必ず裏面へ記入してください。</p>						
<p>以上のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">{</div> <div style="text-align: left;"> <p>所在地</p> <p>名 称</p> <p>医師名</p> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 印 </div>						

注) 年月日の記載には元号を用いること。

