

診 断 書

疾病及び腰部，頸部の負傷については，全項目について必ず記入してください。
上記以外の負傷については8・9は記入の必要はありません。

| | | | |
|--|---|---------|----------|
| 1 氏 名 | 昭和 年 月 日生 (歳) 平成 | | |
| 2 負傷及び発症 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 3 初診年月日 | 令和 年 月 日 |
| 4 傷 病 名 | | | |
| 5 上記4の傷病 と診断した根拠 (検査成績を含む) | | | |
| 6 治療内容 (見込) | | | |
| 7 療養見込期間 | 入院の要否 (要・否) 令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで | | |
| | 通院 令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで | | |
| 8 上記7のうち 急性症状の消退 する時期 | 令和 年 月 日頃には，急性症状は消退する。 | | |
| 9 被災職員の素 因の有無とその 状況 (既往歴も 含む) | | | |
| 備 考 〔後遺障害の見 込み等〕 | | | |
| 医師又は歯科 医師の診断 | 上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> { <div style="text-align: left;"> 医療機関名 所在地 氏 名 </div> </div> | | |