

# 診 断 書

氏 名 (生年月日)	基金 太郎 ○○ 年 ○ 月 ○ 日生
傷病名および 傷病の部位	左 腓 骨 々 折
療養見込期間	負傷または発病年月日 ○○ 年 ○ 月 ○ 日
	初診日 ○○ 年 ○ 月 ○ 日
	入 院 ○○ 年 ○ 月 ○ 日      10 日 間 ○○ 年 ○ 月 ○ 日
	通 院 ○○ 年 ○ 月 ○ 日      40 日 間 ○○ 年 ○ 月 ○ 日
療養のため就業 できない期間 (見 込)	○○ 年 ○ 月 ○ 日 から 20 日 間 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 まで
公務との関係について の意見 (疾病の場合のみ)	
摘 要	
医師または 歯科医師 の 診 断	上記のとおり診断する。 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 住 所   ○○市○○町○○番地 医療機関名   ○○病院 氏 名   ○○ ○○

(疑)ではダメです。  
確定診断名を記入し  
てもらう。

※自署もしくは記名押印

- 1 医療機関が記入すること。
  - 2 初診年月日、療養見込機関の記入があれば、病院発行の診断書でもよい。