

# 診 断 書

住 所 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病 名 \_\_\_\_\_

<病 状>

診 療 期 間 (初診日) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
・ 現在まで  
※いずれかに○

※ 以下のうち該当する番号を○印で囲んでください。

- (1) 就業は困難である。  
(2) 就業は可能である。

## 上記のとおり診断する。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関所在地  
医 療 機 関 名

医 師 名

印