様式第5号

診断書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 傷病者 | | 住所  　　　　　　　　　　　　　男  氏名　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生(　　歳)  　　　　　　　　　　　　　女 | | | | | | |
| 病名又は態様 | | | | | | | | |
| 入院治療　　　　　　日間  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　を要す  　自　　　年　月　日　至　　　年　月　日 | | | | | | | | 年　　　月　　　日  治癒見込  治癒 |
| 通院治療　　日間 | | | | 内治療  実日数 | 日 | を要す | |
| 自　　　年　月　日　至　　　年　月　日 | | | | | | | |
| 附添看護　を | | | 要す  要せず | | | | 理由 | |
| 期間 | 自　　　年　月　日  至　　　年　月　日 | | | | 日間 | |
| 後遺症内容  (労働者災害補償保険　　級別　　級に該当) | | | | | | | | |

　　上記のとおり診断いたします。

　　　　　　　　年　　月　　日

所在地

名称

医師氏名　　　　　　　　　　印