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