|  |  |
| --- | --- |
| 番 号 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 症状等に関する診断書 | | | | |
| 労働保険番号 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 負傷発病年月日 | ここをクリックして日付を入力してください。 |
| （フリガナ）  労働者氏名 |  | |
| 初診年月日 | ここをクリックして日付を入力してください。 |
| （1）初診時傷病名 | |  | | |
| （2）現在の病態 | |  | | |
| （3）現在までの治療内容 | |  | | |
| （4）諸検査の結果 | |  | | |
| （5）今後の治療方針 | |  | | |
| （6）就労の可否 | | すでに就労している　 　　年 　 月 　 日  　可 　　　年 　 月 　 日　**←** 依頼文書の**（#）**をご参照ください。  　否　 　　年 　 月 　 日（ 　 旬）頃　から就労可 | | |
| （7）治ゆ(症状固定)見込時期 | | すでに治ゆしている。　　　　　　年 　 月 　 日  　１年以内に治ゆの見込み。　　　　年 　 月 頃  　１年以上治ゆの見込みなし。 | | |
| （8）障害残存の見込及び  その程度 | | 無  有  障害の部位とその程度（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  アフターケア　　 要 ・  否 | | |
| （9）その他参考事項 | |  | | |

ここをクリックして日付を入力してください。付け第　　　号により依頼のありました診断書を提出します。

令和3年1月18日

医療機関名称

主治医

　　労働基準監督署長　　殿