

診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生 年 月 日	年 月 日	年 令	才
上記の者について、以下のとおり診断します。			
診断名：			
1. 現在の具体的な治療内容（治療期間、服薬名及び量）			
2. 症状の安定性			
3. 業務への支障の程度			
4. その他特記事項			
診断年月日	年 月 日		
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称		
	所在地	Tel	
	氏 名		