

診断書

※医師に記入を依頼してください。

なお、下記の内容が含まれていれば、医療機関所定のフォームでも結構です。

① 患者名		② 患者生年月日/性別			
		□男 年 月 日生 □女			
③ 傷病名					
④ 発病日(疾病の場合) / 受傷日(傷害の場合)					
(頃) 年 月 日		⇒左記が不詳の場合は右のいずれかに☑印でご意見をご教示ください。		□少なくとも日本入国前 ^の 発病/受傷と考えられる □少なくとも日本入国後 ^の 発病/受傷と考えられる	
⑤ 初診日 年 月 日		⑥ 受傷の原因(傷害の場合)			
⑦ 上記傷病の状態および治療内容、発病/受傷後の経過					
⑧ 上記傷病の治療期間および治療状況			⑨ 左記入院期間のうち、室料差額の有無		
入院治療 年 月 日～ 年 月 日			□あり ⇒□本人(関係者)希望 □医師の指示 □病院都合 医師の指示 の場合その理由： [] or 病院都合		
通院治療 年 月 日～ 年 月 日 (通院 回)			治療上必要な期間： 年 月 日～ 年 月 日		
診断日時点の状況：□治癒 □継続 □転医 □中止 □なし					
⑩ 前医・紹介医の有無			⑪ 下記のいずれかに該当の有無		
□あり ⇒ □前医 □紹介医 医療機関名：[] 治療期間： 年 月 日～ 年 月 日 □なし			□妊娠、出産、早産、または流産に起因する症状である □歯科疾病である □業務または通勤に起因する症状である □いずれにも該当なし		
⑫ 上記傷病と関係のある既往症・治療歴の有無					
□あり ⇒傷病名：[] 治療期間： 年 月 日～ 年 月 日 上記傷病の治療状況： □完治していた □完治していなかった □なし					
⑬ 後遺障害残存見込の有無(傷害の場合)			⑭ 左記後遺障害の軽減の有無(傷害の場合)		
□あり ⇒内容：[] 症状固定見込： 年 月 日頃 □なし □未定			□あり ⇒内容：[] □なし □未定		

上記のとおり診断します。

年 月 日

所 在 地：

医療機関名：

TEL：

医 师 名：

印