

診 断 書

(記載例)

被災職員	住所	〇〇市〇〇町〇〇番地	
	氏名	土佐花子	(生年月日 S48 年 4 月 10 日)
初診日		平成 30 年 7 月 2 日	
傷病名		左肩打撲、左上腕骨骨折、左肘部打撲挫傷	
上記傷病と診断した根拠 (検査結果等)		X線検査により骨折を認めた	
上記傷病に関係のある 既往症の有無		有 (既往症名) <input checked="" type="radio"/> 無	
原因	自動車との接触事故により、ミニバイクで転倒		
主訴	左上腕部の疼痛		
治療内容 (見込も含む。)	ギプス固定にて安静加療		
療養の見込	平成 30 年 7 月 2 日から 30 日間の療養を要する見込		
	入院の要否	要 (日間)	・ <input checked="" type="radio"/> 否
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">平成 30 年 7 月 2 日</p> <p>所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地</p> <p>医療機関 名称 〇〇病院</p> <p>医師名 甲野乙郎</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div>			