

療養担当医師の意見書

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|---|-------------|----|---|---|---|----|----|--------------|---|
| ①氏名 | | ②生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | |
| ③傷病名 | | | | | | | | | | | | | |
| ④発病または負傷の年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | ⑤療養給付日開始年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| ⑥発病または負傷の原因 | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦労務不能と認められた期間 | 平成 | 年 | 月 | 日 | から | 平成 | 年 | 月 | 日 | まで | 日間 | ⑧左の期間中の診療実日数 | 日 |
| ⑨傷病の主症状、経過概要および労務不能と認められた医学的な理由 | <p>(1) ⑦の期間中における主症状および経過(治療内容、検査結果、療養指導を詳しく)</p> <p>(2) 症状の経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的所見と今後の見通し</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師の氏名</p> <p>電話 ()</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> | | | | | | | | | | | | | |