病院書式による診断書記載内容確認書

ID:　　氏名:

診療科:　　担当医師:

※記載内容は医師の判断により申出期間と相違する場合があります
依頼時に申込の無い事項について後日の追記は承っていません
ので注意してください

A□警察提出用

①□→事故受傷による受診証明が必要な場合

事故日:　　年　　月　　日

②□→その他の場合

記載必要事項を枠内へ記載してください

B□勤務先・学校提出用

***療養期間の証明を希望された場合要確認→(休業・休学の期間　or　症状固定見込日　or　その他)**

①□→休業・休学に必要な場合休業・休学の予定期間を確認いただき記載ください
必要事項を下枠内へ記載してください

期間:　　年　　月　　日
～　　年　　月　　日

②□→復職・復学の可能日が必要な場合復職・復学の予定日を確認いただき記載ください
併せて、復職・復学に際し付随事項が必要な場合は確認いただき記載ください

復職・復学日:　　年　　月　　日

□①・②に対して付随事項記載を必要とする場合:
必要事項を枠内へ記載してください
例)就労・就学に伴う配慮事項
(軽作業のみ可能　・短時間勤務　・体育の授業は禁止等)その他

③□→上記以外
記載必要事項を確認し、記載必要事項を枠内へ記載してください
例)休業・休学は必要ないが症状固定見込や付随事項必要な場合

C□保険会社提出用

原則は保険会社の所定様式の依頼をお願いいたします
所定様式によらない場合は記載必要事項を下枠内へ列記してください

D□その他　・　備考

□病名　□症状　□通院　　□入院
.　～　.　～

□手術　□検査　□療養期間　□今後の治療予定