

労務不能証明書(医師記入)

医師が意見を記入するところ	1. 患者氏名/ 患者生年月日	(和暦) 年 月 日																																				
	2. 傷病名	<input type="checkbox"/> 結核性疾患																																				
	3. 初診日	(和暦) 年 月 日 ※上記傷病の初診日をご記入ください。																																				
	4. 労務不能と認め た期間	(和暦) 年 月 日 から 同年 同月 日まで ※証明日以前の期間について、暦上の1月ごとに証明願います。																																				
	5. 診療実日数 (入院期間を含む)	日	6. 診療日及び入院し ていた日を○で囲ん でください。	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td> </tr> <tr> <td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17																					
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																								
	7. 上記期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																					
8. 症状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な所見																																						
上記のとおり相違ありません。																																						
(和暦) 年 月 日		医療機関の所在地																																				
		医療機関の名称																																				
		医師の氏名 (印)																																				
		電 話 — —																																				