診 断 書

|  |  |
| --- | --- |
| ※氏名 | ※所属 |
| ※現住所 | ※生年月日 |
| 傷病名 |
| 1.初診年月日　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 　初診時所見 |
|  |
|  |
|  |
| 2.治療経過及び検査所見 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 3.意見(できるだけ詳細にお願いします。) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 　したがって、令和　　年　　月　　日からの教職員としての職場復帰は可能である。 |
| 　上記のとおり診断する。 |
| 　令和　　年　　月　　日　医療機関名 |
| 　　　　　　　　　　　　　医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

※印欄は所属において記入すること。