

児童又は親族の介護により就業が困難（様式9）

令和8年6月以降、相当期間、負傷・疾病により療養等が必要であるかどうかについて診断してください。

## 診 断 書

患者氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

<病 状>

※ 以下のうち該当する番号を○印で囲んで下さい。

- 1 今後、概ね1か月以上の期間、入院加療が必要である。
- 2 今後、概ね1か月以上の期間、在宅で安静が必要である。

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

印