

(様式9) 傷病等により就業が困難

令和8年6月以降の状況を証明してください。

病状と、患者様の就労の可否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>

※患者様本人の就労の可否についても診断ください。就労の可否について記載がない場合、一部支給停止適用除外届の申請に使用できない場合がございます。)

※ 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