当院所定診断書（和文・英文）申込書【別紙】

診察券番号　　氏名

※英文をご希望の方は、氏名の英字スペルもご記入ください。　英字スペル

注意）提出先へ記載希望内容をご確認の上、下記のご記入をお願いします。
申込み後の、内容の変更・追記・キャンセルは承っておりません。
記載内容については医師の判断になりますので、ご希望に沿えない場合もございます。
あらかじめ、ご了承ください。

◆以下の該当する項目に〇をご記入いただき、その他の場合（　）に詳細をご記入ください。

・提 出 先　① 職場 ・ 警察 ・ 保険会社（日本・外国） ・ その他 （　　）
② 職場 ・ 警察 ・ 保険会社（日本・外国） ・ その他 （　　）
□ 提出先に当院所定で可と確認済
□ 外国の提出先の場合、和文で可と確認済

・使用目的　休職申請 ・ 復職申請 ・ その他（　　）

◆記載希望内容について、以下の項目の□に✓を入れていただき期間等をご記入ください。
以下に該当が無い場合や、その他記載希望内容がある場合は備考欄へ詳しくご記入ください。
注）【病名】は記載されます。

□ 診　断　日：（　　年　　月　　日）
□ 入 院 期 間：（　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日）
□ 入院予定日：（　　年　　月　　日）
□ 手　術　日：（　　年　　月　　日）
□ 手　術　名
□ 退院後の自宅療養期間：（　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日）
（　　週間程度）　具体的な日付は医師の判断でよい
□ 復 職 可 能 日：（　　年　　月　　日）
□ 就労不能期間：（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

備考（可能な限り箇条書きでご記入ください）

・
・
・
・
・
・