別記第3号様式（第3条関係）

新型コロナウイルス感染症による労務不能診断書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **医療機関担当者が意見を記入するところ** | 患者氏名 |  | | |
| 傷病名 |  | | |
| 初診日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 発病年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 発病の原因 |  |
| 労務不能と  認めた期間 | 令和　　年　　月　　日から |
| 令和　　年　　月　　日まで |
| 入院期間 | 令和　　年　　月　　日から | 診療実日数 | 日 |
| 令和　　年　　月　　日まで |
| 療養費用の  種　　　類 | * 国　保　　　□　自　費　　　□　公　費　　　□　その他 | | |
| 転　帰 | * 治　癒　 　□　繰　越　　　□　中　止　　　□　転　医 | | |
| 退院日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 症状経過から労務不能と認められた医学的所見 |  | | |
| 令和　　年　　月　　日  上記のとおり相違ありません。  　　　　　　　　　医療機関の所在地  　　　　　　　　　医療機関の名称  　　　　　　　　　（電話番号）  　　　　　　　　　医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |