

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
	労務不能と認められた期間	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
		令和	年	月	日まで
	療養費用の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> その他			
	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 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					
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">医療機関の所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称 (電話番号)</p> <p style="text-align: center;">医師の氏名 印</p>					