

証 明 書（医療機関記入用）

患者氏名																				
傷病名																				
初診日又は相談日																				
発病年月日	年	月	日									発病の原因								
労務不能と認めた期間又は休養等を指導・助言等した期間	年	月	日から																	
	年	月	日まで																	
うち入院期間	年	月	日から									療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 公費（感染症）						
	年	月	日まで										<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他						
診療日及び入院していた期間を○で囲んでください。	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日	
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日	
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日	
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
上記傷病等にかかる「症状及び経過」，「治療内容」，「療養指導又は助言」等の内容																				
労務不能，自宅待機等が必要と認めた所見																				
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																				