


**記入例**

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	毛呂山 次郎																	
	傷病名	新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患（肺炎）			初診日	令和2年 4月 3日													
	発病年月日	令和2年 4月 1日				発病の原因	不詳												
	労務不能と認められた期間	令和2年 4月 3日から 令和2年 4月 20日まで																	
	うち、入院期間	令和2年 4月 3日から				療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費（感染症） <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他												
		令和2年 4月 20日まで				転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医												
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和2年 4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数 18 日	
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数 日	
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数 日	
	上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）																		
											手術年月日	年 月 日							
											退院年月日	令和2年4月20日まで							
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																			
令和〇年 〇〇月 〇〇日																			
上記のとおり相違ありません。																			
医療機関の所在地		毛呂山町中央〇丁目〇〇番地〇〇																	
医療機関の名称		〇〇総合病院																	
医師の氏名		〇〇 五郎																電話番号 049-XXX-XXXX	

詳細を記入  
してもらう必要  
があります。