|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第２号様式 | 諮問委員会の　判　定 |  |
| 診断書(病気休暇期間延長用) |
| ※ ふりがな 氏　　名 |  | 男・女 | ※職名 |  | ※担　当教科名 |   |
| ※ 生年月日 |  　　　　　　年　　　月　　　日(満　　歳) 　 |
| ※ 学 校 名 |  県・市 立 町・村 |
| ※ 現 住 所 | 市 町 　　県　 　 番地郡 村 |
| 病名 |  | ※延長前の病気休暇 | 年 　月 日～ 　年 　月 日 （　　日間） |
| ※　過去の 休職歴 | 期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | 年 月 日～ 年 月 日 |
| 合併症 |  | 病名 |  |  |
| 今回の初診日 |   　年 　　月 　 日 |
| 現病歴及　び治療経過  |  |
| 現　症 | 一　　　般　　　所　　　見 | 検　　　査　　　成　　　績 |
|  |  |
| 今後の療養上の意見 |  |
| 療養の必要な期　間 | 年 　月 　日～ 　年 　月 　 日 | 療養の場所(医療機関名) |  |
|  上記のとおり診断する。 　　　　　　　　　 医療機関名 年 月 日 （科） 所　在　地 　　　　 　 　 　　　　　　　　 医　師　名（自署）  |

 （注）※印欄は，本人または学校で記入してください。