|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。