

## 医師の意見書 (医療機関記入用)

患者氏名	湖南 一雄		
傷病名	新型コロナウイルス感染症による 呼吸器疾患	初診日	令和2年 5月 11日
発病年月日	令和2年 5月 10日		発病の 原因
労務不能と 認められた期間	令和2年 5月 11日から	不詳	
	令和2年 5月 25日まで		
上記のうち、 入院期間	令和2年 5月 11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 5月 25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
診療日および 入院していた 日を○で囲ん でください。	令和2年5月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ 26 27 28 29 30 31	診療実日数  14日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療実日数  日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	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)			
新型コロナウイルス感染症の感染疑いのため5月11日初 診。PCR検査の結果陽性であり、肺炎の症状が見られたた め同日から入院。12日程度で症状の改善が見られた。4月 25日に実施した検査において陰性となったため、同日で退 院。		手術年月日	年 月 日
		退院年月日	令和2年5月25日
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			
症状の改善が見られた5月23日以降も、感染拡大防止の観点から、検査結果が陰性となるまで入院が必要 であったため、入院期間は労務不能と判断した。			
			令和2年 6月 29日
上記のとおり相違ありません。			
医療機関の所在地	湖南省□□ ○丁目○番地		
医療機関の名称	○○総合病院		
医師の氏名	南 滋	南 ①	電話番号 0748-71-0000

医師の意見書 (医療機関記入用)

患者氏名																	
傷病名											初診日	年 月 日					
発病年月日	年 月 日										発病の 原因						
労務不能と 認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで																
上記のうち、 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 ( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他					
	年 月 日まで										転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医					
診療日および 入院していた 日を○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	
	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	年 月 日					
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																	
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																	
医師の氏名																	
<span style="margin-right: 100px;">Ⓜ</span> 電話番号																	