

診 断 書

患者氏名 _____

住 所 _____

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 _____

病 名 _____

<病 状>

※以下のうち該当する番号を○印で囲み、必要事項を記載してください。

1 今後、概ね1か月以上の期間、在宅での安静又は入院加療が必要である。

[在宅での安静又は入院加療が必要な期間：
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日]

2 1に該当しない。

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

印