

診 断 書

患者氏名 _____

住 所 _____

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 _____

病 名 _____

＜病 状＞

※ 以下のうち該当する番号を○印で囲んで下さい。

- 1 今後、概ね 1 か月以上の期間、入院加療が必要である。
- 2 今後、概ね 1 か月以上の期間、在宅で安静が必要である。

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

※ かかりつけ医で診断を受けてください。