

(様式3)

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には該当しない。

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