

(様式 8)

診 断 書

患者氏名 _____

住 所 _____

生年月日 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 _____

印